

Guide de soutien à la pratique

en matière d'abus sexuels et conduites à risque chez les adolescents de 12 à 18 ans

Rédigé par :

Johanne Boisclair
Agente de planification, de programmation et de recherche
Coordination du développement et suivi des programmes et activités cliniques
Direction des services professionnels et des affaires universitaires

En collaboration avec :

Lise Durocher
Sexologue et conseillère-cadre
Coordination du développement et suivi des programmes et activités cliniques
Direction des services professionnels et des affaires universitaires

Mandat 4.7.4

Adopté au comité de direction le :
25 février 2014

Édition :
Centre jeunesse de Montréal–Institut universitaire

Citation suggérée :
BOISCLAIR, Johanne et Lise DUROCHER. *Guide de soutien à la pratique en matière d'abus sexuels et conduites à risque chez les adolescents de 12 à 18 ans,* Montréal, Centre jeunesse de Montréal–Institut universitaire, 2014.

Dépôt légal, 1e trimestre 2014
Bibliothèque et Archives nationales du Québec
Bibliothèque et Archives Canada

ISBN : 978-2-89218-287-3

Pour plus d'information concernant nos publications, vous pouvez communiquer avec la Bibliothèque du CJM-IU :
514 896-3396
bibliotheque@cjm-iu.qc.ca

Table des matières

Avant-propos

Préoccupé par l'importance d'offrir des services en matière d'abus sexuel aux jeunes et à leur famille, le Centre Jeunesse de Montréal — Institut universitaire (CJM-IU) a mis en œuvre un certain nombre de travaux afin de bonifier l'intervention spécialisée en matière d'abus sexuel en protection de la jeunesse et sous la Loi sur le système de justice pénale pour les adolescents (LSJPA). Un rapport[1] sur l'évaluation des besoins de services à offrir en matière d'abus sexuel a donné lieu à un certain nombre de recommandations qui ont guidé la suite des travaux. Tout d'abord, en 2010, l'élaboration d'un guide de soutien à la pratique en abus sexuels et comportements sexuels problématiques chez les enfants âgés de 0 à 11 ans est complétée. Dans la même année, la désignation par équipe d'un intervenant spécialisé en abus physique et sexuel (enfance et adolescence) de même que la création d'un poste de conseiller-cadre en gestion de programme en abus physique et sexuel contribuent à soutenir les services offerts et à développer l'expertise en matière d'abus sexuel. Un comité d'implantation a par la suite été créé afin de s'assurer de l'implantation et du suivi de l'offre de service en abus sexuel et physique pour les 0 à 18 ans.

À cette étape de l'implantation, le développement clinique de l'offre de service en matière d'abus sexuel chez les adolescents se devait d'être davantage précisé. Ainsi, l'élaboration du guide de soutien à la pratique en matière d'abus sexuels et conduites à risque chez les 12 à 18 ans s'est inscrite dans le développement du continuum de cette offre de service. Ce guide de soutien vise à développer une compréhension commune de la problématique de l'abus sexuel, à offrir un outil pratique et à guider les intervenants dans leurs interventions en matière d'abus sexuels et conduites à risque. Il contribue ainsi à bonifier et à développer les connaissances et les habiletés des intervenants en regard de cette problématique, notamment pour ce groupe d'âge.

---

[1] S. Young, C. Motard et M. Dionne. *Évaluation des besoins de services en matière d'abus sexuel et modalités de distribution et d'organisation de services en abus sexuel en lien avec la mise sur pied du Centre d'expertise en agression sexuelle Marie-Vincent (CEASMV)*. CJM-IU. 2007.

Contributions au groupe de développement

Identification des responsables et collaborateurs à la démarche de développement

L'élaboration de ce guide de soutien a été possible grâce à la contribution de nombreux collaborateurs.

Nous tenons à remercier chaleureusement les membres du groupe de développement pour leur dynamisme, leur engagement, leurs réflexions et leurs commentaires qui ont su enrichir ce document.

Nous adressons un merci particulier à Carole Bédard et Isabelle Bouchard qui nous ont accompagnés plus spécifiquement lors de l'élaboration du processus d'intervention lors de situation d'abus sexuels intra et extrafamilial.

Nous voulons également remercier Nicole D'Astous, conseillère-cadre en gestion de programmes en abus physiques et sexuels, pour sa grande disponibilité, ses commentaires et la rédaction du processus d'intervention lors de situation à risque sérieux d'abus sexuel.

RESPONSABLES :

Johanne Boisclair, agent de planification, de programmation et de recherche
Coordination du développement et suivi des programmes et activités cliniques
Direction des services professionnels et des affaires universitaires (DSPAU)

Nicole D'Astous, conseillère-cadre en gestion de programmes en abus physique et sexuel, Direction des services milieu à l'enfance (DSME)

Lise Durocher, sexologue et conseillère-cadre
Coordination du développement et suivi des programmes et activités cliniques
Direction des services professionnels et des affaires universitaires (DSPAU)

MANDATAIRES :

Lise Bouchard, chef de service, DSMAR

Clarence Dorneval, chef de service, DSMAR

Louise Rioux, chef de service, DSREA

Florente Démosthène, chef de service, DSRA

Nathalie Lamothe, chef de service, DPJ (ad hoc)

Johanne Robillard, chef de service, DSMAR

Marie-Josée Rioux, chef de service, DSSSJC (ad hoc)

Carole Bédard, réviseure, DPJ

COLLABORATRICE :

Sandra Bergeron, stagiaire en sexologie, UQAM

MANDATAIRES :

Isabelle Bouchard, psychologue, DSPAU (ad hoc)

Annie Roussel, agente de gestion du personnel, DRH (ad hoc)

Diane Vincent, agente de relations humaines, représentante du regroupement abus sexuel, DSMAR (ad hoc)

Annick Charron, agente de relations humaines, représentante du regroupement abus sexuel, DSMAR (ad hoc)

Martin Pelletier, éducateur, personne relais du regroupement sexo adolescence, DSREA (ad hoc)

Manon Duchesne, omnipraticienne, DSRA (ad hoc)

Claude Martel, infirmier, DSRA (ad hoc)

COMITÉ DE LECTURE :

Marc Tourigny, professeur et directeur du département de psychoéducation, Université de Sherbrooke

Jean-Yves Frappier, pédiatre, spécialisé en médecine de l'adolescence, chef des sections de médecine de l'adolescence et de pédiatrie sociale du Centre hospitalier universitaire Sainte-Justine et professeur de pédiatrie à la Faculté de médecine de l'Université de Montréal

Nathalie Otis, psychologue, Coordination du soutien clinique spécialisé, DSPAU

NOTE AUX LECTEURS :

L'emploi du masculin dans le guide désigne les adolescents et les adolescentes. Les distinctions de genre sont précisées lorsque cela est nécessaire.

Introduction

La problématique de l'abus sexuel est présente depuis toujours dans nos sociétés et demeure trop souvent un tabou. Le silence qui l'entoure a fait en sorte que longtemps l'ampleur de ce phénomène était méconnue. L'avènement de la Loi sur la protection de la jeunesse (LPJ) a contribué à reconnaître le caractère socialement inacceptable et criminel de l'abus sexuel. La LPJ de même que les organismes et services offerts ont donné une voix aux victimes d'abus sexuel et les ont aidées à briser le silence. Le secteur de la recherche a également contribué à préciser l'ampleur de cette problématique et a mis en lumière, notamment à travers des questionnaires d'autorévélation, le fait que la problématique de l'abus sexuel dépasse largement le cadre des adolescents pris en charge par la Direction de la protection de la jeunesse (DPJ) sous le motif d'abus sexuel.

Avoir vécu un abus sexuel peut entraîner des conséquences physiques, psychologiques et sociales qui peuvent avoir des répercussions graves sur le développement et le bien-être des victimes. Bien qu'un travail énorme ait été accompli par différents professionnels pour venir en aide aux jeunes abusés sexuellement et à leur famille, il importe de poursuivre les efforts dans la mise en place des conditions à la fois pour prévenir l'abus sexuel et pour accompagner les victimes, le ou les parents non abuseurs, la fratrie ainsi que l'abuseur lors de situation d'abus sexuel intra ou extrafamilial.

Le travail des intervenants dans le cadre de cette problématique n'est pas toujours facile puisqu'il est lié à la sexualité et la violence; des notions encore trop souvent difficiles à nommer. Aussi, cette problématique touchera les croyances, valeurs et expériences de vie lors de l'accompagnement offert au jeune et à sa famille. Aider les personnes victimes et leur entourage comporte des défis qui commandent un travail de collaboration entre collègues et partenaires de différents réseaux (intervenants, policiers, intervenants communautaires, thérapeutes, IVAC, etc.) afin d'offrir des services de qualité au jeune ayant vécu un abus sexuel et à sa famille.

Le guide de soutien à la pratique en matière d'abus sexuels et conduites à risque chez les 12 à 18 ans rassemble dans un même document des connaissances en matière d'abus sexuels et conduites à risque. Ce guide s'adresse aux intervenants du CJM-IU, à ceux des centres jeunesse du Québec et plus largement à ceux qui sont concernés par la problématique de l'abus sexuel.

La première partie de ce guide traite de l'intervention éducative en matière de sexualité. On ne peut, en effet, passer sous silence l'importance de l'éducation sexuelle dans l'accompagnement des adolescents abusés sexuellement. La deuxième partie du guide traite de la problématique de l'abus sexuel et de l'intervention en matière d'abus

sexuel et de risque sérieux d'abus sexuel. Cette section permet de développer une vision commune de l'abus sexuel et de sa dynamique et propose, entre autres, un processus d'intervention pour les situations à risque sérieux d'abus sexuel, les situations d'abus sexuel intrafamilial et les situations d'abus sexuel extrafamilial. La troisième partie traite des conduites à risque les plus fréquemment mentionnées dans la littérature chez les adolescents ayant vécu un abus sexuel. Ces conduites sont : l'automutilation, les idéations et tentatives suicidaires, les comportements sexuels à risque, la consommation d'alcool ou de drogues problématique ou à risque et les comportements délinquants. Un bref portrait ainsi que des hypothèses et pistes d'intervention en regard de chacune de ces problématiques sont suggérés.

Les repères, pistes de réflexion, balises d'intervention et outils proposés dans ce guide permettront à l'intervenant d'offrir à l'adolescent et à son entourage les services dont ils ont besoin afin d'atténuer ou de prévenir les conséquences liées à l'abus sexuel.

Partie 1

L’intervention éducative en matière de sexualité

1.1 L’intervention éducative

La sexualité est une des composantes importantes du développement.

Cette section[2 3] est en grande partie tirée du guide de soutien à la pratique en abus sexuels et comportements sexuels problématiques chez les enfants âgés de 0 à 11 ans. Des ajustements ont été effectués afin d’adapter notre guide de soutien à la pratique en matière d’abus sexuels et conduites à risque chez les adolescents de 12 à 18 ans à la réalité de l’adolescence. Le guide de réflexion et d’intégration de la dimension de la sexualité dans l’intervention duquel nous avons extrait plusieurs passages a également été d’une grande aide.

La partie 1 de ce guide permet d’expliquer l’importance et la nécessité de l’intervention éducative en matière de sexualité auprès des adolescents en difficulté et de bien situer le développement psychosexuel de l’adolescent.

Les principes directeurs du CJM-IU, tels que présentés dans le *Guide de réflexion et d’intégration de la dimension de la sexualité dans l’intervention*, seront repris dans cette section ainsi que les valeurs à transmettre, les rôles de chacun, les attitudes à privilégier et le développement psychosexuel de l’enfant et de l’adolescent. Quelques éléments du programme d’éducation sexuelle du CJM-IU, des repères sur l’accompagnement dans les milieux de vie et l’impact de la culture sur l’évolution des pratiques en matière de sexualité seront présentés.

---

2 S. Young et L. Durocher. *Guide de soutien à la pratique en abus sexuels et comportements sexuels problématiques chez les enfants âgés de 0-11 ans*, Centre jeunesse de Montréal — Institut universitaire, 2010.

3 L. Durocher, S. Young et F. Duquet. *Guide de réflexion et d’intégration de la dimension de la sexualité dans l’intervention*, Montréal, Centre jeunesse de Montréal – Institut universitaire, 2004.

1.2 Pourquoi une intervention éducative?

L'éducation sexuelle de l'enfant et de l'adolescent ne se limite pas à la dimension de la génitalité. Au contraire, elle vise leur développement harmonieux relativement à eux-mêmes, aux autres et à leurs relations avec les autres.

Dans la société actuelle, les adolescents sont envahis par une multitude de messages, de conduites et de modèles liés à la sexualité qui sont de plus en plus confus et dont certains sont même teintés de violence. La plupart des adolescents peuvent compter sur leurs parents pour recevoir une éducation sexuelle qui leur permettra de décoder ces messages et développer malgré tout une vision saine et positive de la sexualité.

Dans ce contexte, l'intervention éducative en matière d'éducation sexuelle permet ainsi d'aider les adolescents à mieux se comprendre, se réaliser et s'affirmer comme garçon ou fille.

L'éducation sexuelle est conçue comme un service d'accompagnement de l'enfant : affirmation de son identité sexuée et sexuelle, apprentissage de sa féminité ou de sa masculinité, démarche d'autonomie et de responsabilisation, capacité de relations avec autrui et quête de valeurs qui orientent ses choix et comportements[4].

Le fait d'intégrer la dimension de la sexualité dans l'intervention appuie la vision selon laquelle nous devons tenir compte de cette dimension au même titre que les sphères affective, cognitive, familiale et sociale. Les aspects affectifs et relationnels sont d'ailleurs au centre de l'univers de la sexualité tels que l'identité sexuelle, la relation à l'autre, l'épanouissement et le bien-être d'une personne.

Les adolescents[5] référés en centre jeunesse présentent souvent des fragilités personnelles, des relations parents-enfant problématiques et proviennent pour la plupart de milieux de vie perturbés où il y a peu d'éducation sexuelle transmise de façon adéquate, que ce soit au fil des jours ou de façon plus formelle. Selon plusieurs auteurs, ces facteurs de risque et d'autres tels que la victimisation sexuelle permettent de croire que les jeunes en besoin de protection sont plus à risque de manifester des comportements sexuels à risque.

Un grand nombre de jeunes en centre jeunesse ont des comportements sexuels, de consommation d'alcool et de drogues qui sont jugés à risque

[4] J. Robert. *Parlez-leur d'amour et de sexualité*, Montréal. Les Éditions de l'Homme, 1999, p. 45.

[5] L. Durocher et coll., 2004, *op. cit.*, p. 10.

et qui pourraient nuire à leur développement et à leur santé[6].

À tout cela s'ajoute d'autres facteurs qui peuvent entraver un développement psychosexuel, les empêchant de vivre un bien-être en regard de la sexualité et de s'épanouir comme fille ou garçon :

- Persistance de la pensée magique;
- Faible contrôle des pulsions, un « Moi faible »;
- Absence ou faible capacité d'introspection pour comprendre ce qui se passe en eux;
- Compulsivité de l'agir, recherche d'excitations et de plaisirs, obtention de gains matériels rapides ou pour combler des manques affectifs;
- Besoins de base non satisfaits dans les premières années de vie (0 à 5 ans);
- Absence de modèles identificatoires positifs tant féminins que masculins;
- Système de valeurs sous-développé;
- Difficultés de communication;
- Milieux de vie différents, donc discontinuité relationnelle.

Les jeunes suivis par le centre jeunesse peuvent cumuler un ou plusieurs de ces facteurs de vulnérabilité. L'ampleur de leurs besoins appuie la pertinence d'une éducation sexuelle afin qu'ils développent leur capacité à exercer leur liberté et leur capacité à se faire respecter et à respecter l'autre.

Également, certaines caractéristiques de plusieurs jeunes référés au centre jeunesse commandent que la sexualité soit intégrée dans notre intervention auprès d'eux et de leurs parents, et ce, dès la petite enfance. Ces caractéristiques[7] sont :

- Une sexualité plus précoce que l'ensemble des autres jeunes et plus souvent vécue dans des conditions inadéquates, parfois traumatisantes;
- Une plus grande vulnérabilité d'exposition aux infections transmises sexuellement (ITS) et au virus de l'immunodéficience humaine (VIH) (plus de relations anales, plus nombreux à avoir pris de la drogue avant leur relation sexuelle, plus de partenaires sexuels différents, moins nombreux à avoir utilisé le condom, plus nombreux à avoir été traités pour une ITS);

---

6 G. Lambert, N. Haley, S. Jean, C. Tremblay, J.-Y. Frappier, J. Otis et E. Roy et coll., *Sexe, drogue et autres questions de santé : études sur les habitudes de vie et les comportements associés aux Infections transmissibles sexuellement chez les jeunes hébergés dans les centres jeunesse du Québec*. Rapport de recherche. Montréal : Agence de la santé et des services sociaux de Montréal et Institut national de santé publique du Québec. Direction de la santé publique. 2012.

7 G. Lambert et coll., 2012 et données tirées de : J. Otis (1996); J. Frappier et E. Roy (1995), dans L. Durocher, et S. Young, 2004, *op. cit.*, p. 9-10.

- Une mauvaise utilisation ou une absence d'utilisation des contraceptifs, donc plus à risque de vivre une ou des grossesses non désirées;
- Une proportion importante de jeunes des centres jeunesse ayant été victimes d'abus sexuels par le passé, ce qui peut favoriser le développement de certains troubles de comportement qui influencent leurs conduites en matière de sexualité; entre autres, des difficultés à établir des limites par rapport à ce qu'ils veulent vivre au niveau de leur sexualité;
- Une plus grande proportion de jeunes utilisateurs de drogue par injection et de jeunes ayant des activités de prostitution, groupe à risque plus élevé d'infection au VIH;
- Une prévalence importante de violence dans les relations amoureuses.

Attention



> La plupart de ces caractéristiques sont davantage élaborées dans la partie trois du présent guide, portant sur les conduites à risque chez les adolescents ayant vécu un abus sexuel.

Ainsi, pour tout enfant ou adolescent, l'éducation sexuelle concerne le bien-être dans l'expression de sa sexualité et la prévention de problèmes liés à la sexualité ou à l'aggravation de ceux-ci. L'éducation sexuelle permet à l'enfant et à l'adolescent de « développer sa capacité d'exercer sa liberté et de se faire respecter[8] ». Il est d'ailleurs reconnu que l'éducation à la sexualité est un moyen fort pertinent, voire indispensable à toute démarche de prévention ou de traitement concernant les abus sexuels et les comportements à risque développés à la suite d'un abus sexuel[9].

1.3 Une démarche d'intervention efficace[10]

Une démarche en matière d'éducation sexuelle doit nécessairement s'inscrire dans un contexte plus global d'intervention. Dès le début de l'enfance, il importe d'amener l'enfant à réfléchir sur certaines notions

---

8 J. Robert, *op. cit.*, p. 92

9 L. Durocher et S. Young, 2004, *op. cit.*, p. 72-73.

10 Cette section est tirée de L. Durocher. *Pour ados seulement! Programme d'éducation sexuelle destiné aux jeunes en difficultés*. Centre jeunesse de Montréal — Institut universitaire. 2013.

liées à la sexualité et de prévenir des situations plus difficiles dans l'expression de sa sexualité.

Pour être efficace, une démarche d'éducation à la sexualité doit s'attarder au développement de la sexualité en étant sensible aux différents besoins des individus et à leurs particularités afin que chacun puisse développer les habiletés nécessaires pour assurer son épanouissement sexuel et prévenir les problèmes liés à la sexualité. Il importe de tenir compte du développement global de la sexualité à l'adolescence et de toucher diverses dimensions : physiques, psychologiques, affectives, sociales et culturelles[11].

On doit éviter de réduire la sexualité à l'adolescence aux notions de risque, de danger et de maladie. La démarche d'éducation sexuelle proposée doit être appropriée à l'âge et aux caractéristiques des jeunes, notamment ceux en difficulté, et respecter la diversité sexuelle ainsi que les capacités et les choix individuels. Ainsi, les thèmes philosophiques tirés des lignes directrices canadiennes pour l'éducation en matière de santé sexuelle de Santé Canada[12], soutiennent qu'une éducation efficace en matière de santé sexuelle doit adopter une approche globale qui :

- Évite toute discrimination fondée sur l'âge, la race, l'origine ethnique, l'identité sexuelle, l'orientation sexuelle, le milieu socioéconomique, les capacités physiques et cognitives et l'appartenance religieuse en ce qui concerne l'accès à de l'information pertinente, adéquate, précise et complète;
- Mets l'accent sur l'estime de soi, le respect et la dignité de la personne;
- Aide les personnes à devenir plus sensibles et conscientes des effets que leurs comportements et leurs gestes peuvent avoir sur les autres et sur la société;
- Insiste sur le fait que la santé sexuelle est un processus diversifié et interactif qui exige le respect de soi et d'autrui;
- Intègre les aspects de la sexualité humaine qui sont positifs, qui améliorent la vie et qui sont enrichissants, tout en cherchant à prévenir et à diminuer les conséquences négatives sur le plan de la santé sexuelle;
- Intègre une approche continue qui procure de l'information, un soutien motivationnel et des occasions d'acquérir des compétences qui correspondent aux besoins

[11] UNESCO, 2010, dans L. Durocher. 2013, *op. cit*.

[12] Agence de la santé publique du Canada, 2008, dans L. Durocher. 2013, *op. cit*.

des individus au fur et à mesure qu'ils vieillissent, qu'ils acquièrent des habiletés et qu'ils franchissent les étapes de leur vie;

- Est structurée de façon à amener les personnes à modifier leurs comportements et à avoir confiance en elles en les incitant à faire des choix éclairés sans porter de jugement;
- Favorise une pensée et une réflexion critiques sur l'identité sexuelle et sur les stéréotypes sexuels;
- Reconnaît les besoins particuliers de certains groupes, notamment les jeunes, les personnes qui ont été victimes de coercition ou d'abus sexuels, etc.

1.4 Principes directeurs en matière de sexualité[13]

La sexualité est une des composantes importantes du développement de l'individu, être unique, placée au centre de nos interventions. Le CJM-IU a la préoccupation d'avoir une approche cohérente et conséquente en matière de sexualité.

Le CJM-IU :

- Soutient la promotion, l'actualisation et le maintien des interventions en matière de sexualité;
- Affirme que chacun des intervenants, de par son rôle, est appelé à favoriser le plus possible le développement psychosexuel harmonieux, de façon formelle ou informelle;
- Affirme que suite à l'évaluation des besoins, des moyens concrets sont prévus au plan d'intervention (PI, PII, PSI), ce qui ne limite en rien les interventions pertinentes faites au quotidien;
- Affirme que peu importe le milieu de vie du jeune (famille naturelle, famille d'accueil, foyer de groupe, unité de réadaptation, etc.), les intervenants ont à se préoccuper de son vécu sexuel dans leur accompagnement. L'objectif, l'intensité et le contenu de cet accompagnement se définiront, entre autres à partir de l'implication des parents et des adultes qui entourent le jeune;
- Soutient les intervenants dans leur démarche visant à fournir un accompagnement de qualité en encourageant

[13] L. Durocher et S. Young, 2004, *op. cit.*, p. 14.

notamment la formation et le soutien en matière de sexualité;

- Travaille en partenariat avec les différentes ressources du milieu, en ce qui a trait à l'éducation et à la santé sexuelle.

1.5 Valeurs affirmées à transmettre et l'accompagnement[14]

Les jeunes, les parents et les intervenants eux-mêmes peuvent avoir fait des choix différents sur le plan des valeurs, mais il apparaît important que l'intervenant se situe en fonction des besoins de la clientèle et des valeurs préconisées par l'établissement.

Les valeurs personnelles et culturelles de l'intervenant peuvent différer de celles de l'adolescent et de ses parents. Ces valeurs influencent grandement la compréhension des événements vécus par le jeune et l'intervention auprès de celui-ci.

Ainsi, tout en respectant les valeurs de chacun, il est important que l'intervenant se situe d'abord par rapport aux siennes, mais qu'il se réfère également à un choix de valeurs précisées par l'établissement, lorsqu'il est question d'éducation sexuelle.

> « Sans valeurs, l'éducation sexuelle se transforme soit en conformisme social, soit en simple transmission de connaissances à propos de la sexualité, c'est-à-dire en information sexuelle[15]. »

Voici les principales valeurs à prôner lorsque nous intervenons auprès des adolescents en difficulté. Ces valeurs nous semblent importantes afin de développer une philosophie d'intervention commune en matière de sexualité. Elles sauront également alimenter la réflexion et orienter les interventions.

Amour

L'amour englobe l'amour de soi et de son corps : l'appréciation de ses qualités et de celles des autres, source d'épanouissement physique et spirituel. L'amour englobe l'attachement et l'expression d'affection et de tendresse sans axer sur la performance ou ne focaliser que sur l'acte sexuel, voire la pénétration.

Les messages de l'adulte porteront davantage s'ils se reflètent dans ses attitudes.

Cette valeur est importante, car le lourd passé de certains adolescents peut avoir entraîné certains désordres d'attachement qui teintent la signification qu'ils donnent à l'amour et aux marques d'affection. Ces désordres peuvent, entre autres prendre la forme du refus de dépendre ou au contraire, d'une dépendance affective à l'adulte ou encore l'absence de réactions manifestes

---

14 L. Durocher et S. Young, 2004, *op. cit.*, p. 15 à 17.

15 M.-P. Desaulniers, (1998) dans L. Durocher et S. Young, 2004, *op. cit.*, p. 15.

à la séparation, la sociabilité sans discernement, les relations superficielles à autrui, l'incapacité de conserver les bons moments sans les détruire par la suite, les relations conflictuelles avec les pairs[16].

RESPONSABILISATION

Cela implique le respect des engagements, la prise en charge petit à petit de sa destinée (selon ses possibilités et expériences antérieures), l'apprentissage de l'évaluation des conséquences possibles de certains comportements et la faculté d'en assumer la responsabilité.

Cette valeur est essentielle puisqu'elle permettra à l'adolescent, entre autres d'adopter des comportements responsables et sécuritaires lors de ses expériences sexuelles pour éviter une ITS ou une grossesse non désirée[17].

ÉPANOUISSEMENT DE LA PERSONNE

L'épanouissement personnel englobe le bien-être et le mieux-être de soi et de l'autre en tant qu'être sexué, la considération vis-à-vis de sa ou de son partenaire, l'affirmation et l'expression de soi, le sens du plaisir, l'appréciation de la beauté et de la fragilité de l'être humain.

Cette valeur est essentielle chez les adolescents en difficulté, car plusieurs sont dévalorisés ou carencés et nous devons les aider à intégrer des valeurs qui pourront favoriser leur épanouissement psychosexuel[18].

RESPECT DE SOI ET DES AUTRES

Cela signifie l'honnêteté, le respect de son intégrité et de celle des autres, l'égalité des sexes, le respect de l'intimité, des limites de l'autre, de son rythme, de la sensibilité et des choix de chacun, par exemple concernant la progression des caresses : le respect des frontières de l'autre, l'assurance du consentement du partenaire, le respect du cheminement de l'autre, le respect des différences physiques, ethnoculturelles, religieuses et de l'orientation sexuelle. C'est aussi le respect de la liberté des choix basés sur des décisions éclairées[19].

---

[16] A., Thomassin et P. Keable. *Cadre de référence sur l'intervention clinique destinée aux jeunes 12-18 ans et à leurs parents : volets LSSSS et LPJ*, CJM-IU, 2011, p. 18.

[17] C. Tremblay et coll., *« Haut les voiles! » : Programme d'éducation à la sexualité destiné aux enfants en difficulté de 6 à 12 ans, Guide de formation destiné aux éducateurs et aux psychoéducateurs*, Québec, Les Centres jeunesse de Lanaudière, 2007, p. 19.

[18] *Ibid*., p. 19.

[19] L. Durocher et S. Young, 2004, *op. cit*., p. 15-16.

Cette valeur est essentielle en raison des difficultés reliées à l'établissement des frontières personnelles chez les adolescents en difficulté et du manque d'estime de soi. Elle se situe par ailleurs au cœur de la prévention des agressions sexuelles[20].

D'ailleurs, le défi de la démarche d'accompagnement est de proposer des valeurs plutôt que de les imposer. Les intervenants peuvent ainsi :

- Servir de modèle d'identification donnant le goût aux adolescents de vivre une sexualité teintée de respect et d'attitudes saines et encourager les parents à accompagner leur adolescent dans ce sens;
- Accompagner l'adolescent, selon son âge et ses possibilités, ainsi que ses parents à découvrir, à choisir et à vivre des valeurs qui favorisent l'épanouissement psychosexuel. L'adulte peut contribuer à l'amélioration de l'estime de soi de l'adolescent en tant qu'être sexué en se permettant des remarques attentionnées et appropriées à son égard, en affirmant ses malaises, en apprenant à l'adolescent à dire non aux gestes et paroles qui rendent mal à l'aise, en respectant l'espace d'intimité du jeune, par exemple en frappant à la porte avant d'entrer dans la chambre de l'adolescent, etc.;
- Accompagner l'adolescent et sa famille lorsque ces derniers vivent des divergences entre les valeurs proposées quant à la compréhension des notions liées à la sexualité et celles véhiculées dans leur famille.

Les parents sont les premiers responsables de donner une éducation sexuelle à leur adolescent, mais cette responsabilité peut être partagée avec d'autres personnes significatives, dont leurs intervenants.

À travers une multitude de petits gestes quotidiens, les parents de même que l'intervenant ont maintes occasions de transmettre des valeurs positives aux adolescents et ainsi contribuer à promouvoir une éducation sexuelle de qualité.

1.6 Rôles de chacun[21]

À l'adolescence, la sexualité fait partie d'un processus d'apprentissage dans lequel le cadre continuera d'offrir des repères et des limites clairs. L'adolescence est une période au cours de laquelle s'ouvrent ou se poursuivent les discussions autour des notions d'amitié, de sentiments amoureux, de consentement, d'amour, de séduction, de relations sexuelles, plus précisément de leurs zones érogènes, du plaisir, de la masturbation, etc. Il va sans dire qu'une telle démarche exige l'apport

20 C. Tremblay et coll., *op. cit*., p. 19.

21 L. Durocher et S. Young, 2004, *op. cit*., p. 17 à 21.

de tous les acteurs concernés : l'adolescent, les parents, les parents d'accueil, les intervenants et les partenaires.

L'ADOLESCENT

L'acteur principal au centre de la démarche d'éducation à la sexualité est bien entendu l'adolescent lui-même, premier touché par les changements qu'il vit comme garçon ou fille et les interrogations et préoccupations soulevées par son développement psychosexuel et ses expériences de vie. La sexualité est d'abord une relation à soi-même.

Selon son âge, ses capacités, ses expériences, ses besoins, ses valeurs individuelles et familiales, il lui appartient, en étant accompagné, de faire des choix responsables sur la façon dont il décide de vivre sa sexualité afin qu'elle soit une source de mieux-être personnel. Il accepte le soutien et l'aide nécessaires pour assurer un développement vers l'autonomie et un mieux-être comme garçon ou fille.

LES PARENTS

Ils sont les premiers responsables de l'éducation sexuelle de leur jeune. Ils accompagnent leur jeune avec la préoccupation de son intérêt et de ses droits et en tenant compte de ses besoins, de son âge, de sa santé, de son caractère, de son milieu familial et des autres aspects de la situation. Ils s'assurent que leur jeune a les moyens de se développer le plus harmonieusement possible et s'ouvrent à toute réflexion pouvant améliorer leur façon d'exercer leur rôle de parents en matière d'éducation à la sexualité.

Plus le jeune grandit, plus l'opportunité de rencontrer des adultes significatifs s'élargit et plus les parents partagent l'accompagnement en éducation sexuelle avec d'autres personnes. Lorsque c'est le cas, les parents doivent s'assurer d'une complémentarité de l'accompagnement et d'une cohérence au niveau des messages. Il est de la responsabilité des parents de s'assurer que leur adolescent reçoive une éducation sexuelle. Ils doivent aussi savoir ce qui se fait comme accompagnement auprès de leur adolescent pour poursuivre l'éducation sexuelle à la maison lorsque la situation le permet. Lorsque les parents ne peuvent ou ne s'acquittent pas de cette responsabilité pour différentes raisons, ils peuvent demander de l'aide. Le soutien de la communauté peut être un moyen qui aide les parents à faire le pont entre les valeurs de la famille et la compréhension des valeurs véhiculées dans la société sur le plan de l'éducation sexuelle. Les parents peuvent aussi être accompagnés par les intervenants pour y parvenir.

LA FAMILLE D'ACCUEIL OU LES PERSONNES QUI TIENNENT LIEU DE PARENTS

Tout comme les parents, ces personnes doivent offrir à l'adolescent un accompagnement qui favorisera son épanouissement en tant que fille ou garçon, et ce, dès le plus jeune âge. Ces personnes peuvent être soutenues par les intervenants pour mieux assumer ce rôle.

Les intervenants cliniques

Le rôle de l'intervenant est de s'assurer que chaque adolescent recevra une éducation sexuelle adéquate et éthique favorisant son développement psychosexuel de façon satisfaisante en tant que fille ou en tant que garçon. Les premiers responsables de donner cette éducation sexuelle sont les parents. Le rôle de l'intervenant est donc d'aider et d'outiller les parents, de les guider, de les soutenir, de recadrer leurs valeurs et leur accompagnement auprès de l'adolescent et au besoin de les référer à une intervention plus spécialisée. Si, pour diverses raisons, les parents ne peuvent s'acquitter de leur tâche, l'intervenant doit prendre la relève des parents. En effet, tout intervenant du centre jeunesse qui accompagne un jeune a la responsabilité de s'assurer de son développement global, y compris son développement psychosexuel. L'intervention doit également permettre de décoder les demandes non explicites de l'adolescent. L'intervenant doit tenter de détecter la présence de difficultés sur le plan du comportement sexuel. Il doit soutenir l'adolescent en intégrant un caractère préventif à son action curative.

Les partenaires

L'éducation sexuelle ne doit pas reposer uniquement sur un seul intervenant. Elle doit devenir la responsabilité de tous les intervenants du CJM-IU et des partenaires qui ont à collaborer pour le mieux-être de l'adolescent à l'égard de l'éducation en lien avec son développement psychosexuel. Chacun a la responsabilité d'assurer la communication et la coordination entre les différents acteurs afin d'assurer la cohérence des messages transmis et la pertinence des actions posées.

Enfin, bien que nous convenions tous que les parents sont les premiers responsables de leur adolescent, il faut se rappeler que chaque adulte significatif présent dans l'entourage de l'adolescent joue un rôle concernant son éducation sexuelle et par conséquent, celle-ci devient la responsabilité d'un ensemble d'acteurs.

1.7 Attitudes à privilégier[22]

Un des pièges à éviter : porter des jugements ou imposer ses valeurs.

Notre éducation, nos préjugés, nos valeurs, notre personnalité, nos interactions avec l'adolescent façonnent notre façon d'aborder la sexualité. Il ne suffit pas d'avoir de bons outils, il faut aussi avoir développé des attitudes qui favoriseront le mieux-être de l'adolescent relativement à la sexualité. En fait, la force d'une démarche d'éducation à la sexualité repose principalement sur la qualité de l'attitude éducative des adultes.

[22] L. Durocher et S. Young, 2004, *op. cit.*, p. 22 à 27.

Perception positive de la sexualité : Présenter une vision positive de la sexualité humaine, aspect de la vie qui est stimulant, épanouissant et en constante évolution. L'intervenant reconnaît l'adolescent et l'amène à se reconnaître comme une personne bien dans sa peau en tant que fille ou garçon. Il parle de sensations, d'émotions, de sentiments plutôt qu'uniquement d'aspects techniques reliés aux maladies et aux dangers.

Pour votre réflexion!

- Quel bilan puis-je faire de l'éducation sexuelle que j'ai reçue et quelles sont mes convictions en regard de la sexualité?
- Quelles sont mes compétences pour guider le jeune et ses parents dans la clarification de leurs valeurs par rapport à la sexualité?

Aisance et honnêteté : Être capable d'identifier ses propres limites, parler de ses malaises et partager ceux-ci avec d'autres professionnels. L'intervenant est honnête, franc et simple dans la façon d'aborder les sujets liés à la sexualité. Il se permet de prendre ouvertement position dans les situations qui vont à l'encontre de l'épanouissement de l'adolescent.

Pour votre réflexion!

- Suis-je à l'aise intellectuellement et affectivement pour parler de sexualité de façon explicite?
- Suis-je capable de faire la part des choses entre mon vécu et celui de la clientèle?
- Suis-je conscient de l'influence et du pouvoir de mes valeurs dans mes interventions?
- Suis-je conscient de ne pouvoir toujours répondre immédiatement aux questionnements tout en étant au fait de la nécessité de reprendre la conversation à un moment ultérieur?

Se rappeler de l'importance d'établir un équilibre entre l'accueil des confidences de l'adolescent et les détails non pertinents ou les redites.

Disponibilité et ouverture : Considérer la réalité parfois troublante des adolescents sans tout associer à leur vécu difficile. Ils sont encore des adolescents ayant des besoins affectifs et sexuels reliés à leur âge. Être capable d'écoute, d'empathie, d'authenticité et d'objectivité sans toutefois verser dans l'acceptation de tout. Accepter l'imprévisibilité des questions et commentaires des adolescents même si ceux-ci peuvent parfois être embarrassants pour l'intervenant. Il suffit de nommer son malaise ou son ignorance, dire qu'on y réfléchira et qu'on en rediscutera ultérieurement.

Pour votre réflexion!

- Quels sont les événements qui me préoccupent ou me bouleversent et suis-je capable d'en parler à des collègues tout en préservant l'anonymat du jeune?
- Quelle est ma perception et ma compréhension de certains comportements sexuels des adolescents : est-ce des réactions liées à leur développement psychosexuel? Des stratégies d'adaptation? Ou encore des gestes irresponsables ou déviants?

La démonstration de marques d'affection doit être dosée en fonction de l'âge, du développement, des réactions et des besoins de l'adolescent (besoin de sécurité, de distance, etc.).

Respect de l'intimité : Promouvoir les limites, les frontières en regard de l'intimité personnelle et les appliquer pour soi et pour les autres. Traiter avec respect les confidences des adolescents et des parents et éviter de divulguer celles inutiles cliniquement.

Pour votre réflexion!

- Est-ce que je reconnais le droit au respect et à l'intimité des jeunes et de leurs parents?
- Suis-je au clair avec les frontières que je dois établir en regard de ma situation personnelle et celle de la clientèle?

Croire au potentiel de la personne : Bien évaluer le potentiel, utiliser les forces et les compétences des adolescents et de leurs parents. Chercher à comprendre les enjeux en fonction de l'histoire de l'individu, saisir le sens de certains comportements. Tenir compte des limites des adolescents ainsi que de leurs parents et s'assurer de respecter le niveau de développement de l'adolescent. Éviter de se maintenir dans une vision défaitiste de la clientèle et de sous-estimer le potentiel adaptatif de l'adolescent et de ses parents.

Se rappeler que l'adolescent doit prendre du pouvoir sur sa vie en faisant des choix, en opérant des changements dans ses attitudes et ses comportements.

Pour votre réflexion!

- Suis-je en mesure d'identifier, de reconnaître et d'utiliser les forces de l'adolescent et de ses parents?
- Ai-je identifié mes idées préconçues ou mes propres préjugés en regard du potentiel de l'adolescent, des parents et puis-je les questionner?

Bref, les attitudes personnelles et professionnelles de l'intervenant se traduisent par sa façon d'être avec le jeune et son milieu et ont une grande influence sur le déroulement d'une intervention. Dans l'intervention auprès de l'adolescent, des attitudes inspirées d'une approche humaniste dont le respect de la réalité de l'adolescent et l'ouverture à l'autre favorisent une intégration plus harmonieuse de la dimension sexuelle.

1.8 Développement psychosexuel de l'enfance à l'adolescence

À tout âge, l'enfant aura besoin d'être sécurisé, valorisé et informé. Les adultes l'entourant devront être sensibles aux effets des changements qui s'opèrent chez lui, tant au niveau physique, cognitif, qu'émotionnel. Bien que nous présentions brièvement le développement sexuel dans cette partie, il est important de considérer l'ensemble des sphères de développement pour bien accompagner l'adolescent, pour favoriser son épanouissement comme personne entière. À cet effet, vous trouverez à l'annexe 2 quelques repères sur le développement global de l'adolescent.

Il faut se rappeler que chaque adolescent évolue à son rythme de développement, ce qui influence entre autres l'acquisition de ses habiletés. En ce sens, il est utile de connaître les différentes séquences du développement psychosexuel de l'enfance à l'adolescence afin de suivre l'évolution de l'adolescent et d'assurer une réponse adéquate à ses besoins.

C'est donc dans cette perspective développementale que les grandes lignes du développement psychosexuel de l'enfant de même que les compétences parentales associées seront présentées dans la prochaine section. Par la suite, le développement psychosexuel de l'adolescent de même que les compétences parentales attendues qui y sont associées seront davantage élaborés afin de nous donner des pistes dans l'accompagnement des adolescents et de leurs parents.

Bien que certaines compétences attendues chez les parents soient plus spécifiques en fonction de certaines tranches d'âge de l'enfant ou de l'adolescent, elles n'y sont pas exclusives. Plusieurs des compétences parentales attendues proposées s'appliquent à différentes tranches d'âge, par exemple, démontrer des marques physiques d'affection, le respect de l'intimité, etc.

DE LA NAISSANCE À 15 MOIS :

« Je découvre le monde des sensations »

- Exploration : Lèvres, langue, bouche, toucher, réflexes sexuels (érection et lubrification);
- Sensualité/sensorialité[23].

[23] L. Durocher. *Développement psychosexuel de l'enfance à l'adolescence*, diaporama présenté au collège Bois-de-Boulogne, (Document inédit), p. 2.

DE 15 MOIS À 36 MOIS :

« Je découvre qu'il y a des différences entre les hommes et les femmes »

- Notion d'identité sexuelle;
- Apprentissages : Propreté, langage[24].

Compétences attendues chez les parents d'enfants de la naissance à 3 ans

- Prendre, étreindre, chatouiller et caresser l'enfant;
- Montrer des marques physiques d'affection envers les membres de la famille[25].

DE 3 À 5 ANS :

« Je suis une fille ou je suis un garçon »

- Curiosité, exploration, découverte : Mon corps, le corps des autres enfants, le corps des adultes autour de moi;
- Jeux de rôles et jeux sexuels[26].

Compétences attendues chez les parents d'enfants de 3 à 5 ans

- Être disponibles et répondre aux questionnements de l'enfant;
- Apprendre à l'enfant que certains comportements se font en privé;
- Reconnaître que la stimulation des organes génitaux donne du plaisir et établir les limites privées de la masturbation;
- Apprendre à l'enfant à reconnaître les touchers inappropriés[27];
- Introduire progressivement la notion d'intimité.

---

24 L. Durocher. *Développement psychosexuel de l'enfance à l'adolescence*, diaporama présenté au collège Bois-de-Boulogne, (Document inédit), p. 3.

25 ASSOCIATION DES CENTRES JEUNESSE DU QUÉBEC (ACJQ), Plan National de formation (PNF), *Module 203 : Abus sexuels : évaluation et orientation*, Montréal, ACJQ, 2010, p. 34.

26 L. Durocher, *Développement psychosexuel de l'enfance à l'adolescence*, diaporama présenté au collège Bois-de-Boulogne, (Document inédit), *op. cit.*, p. 4.

27 ACJQ, 2010, *op. cit.*, p. 35

DE 6 À 9 ANS :

« Je suis content d'être une fille!
Je suis content d'être un garçon! »

- Période de latence, période de pudeur;
- Identité sexuelle, les filles avec les filles! Les gars avec les gars!;
- Interrogations et accumulation d'informations[28].

Compétences attendues chez les parents
d'enfants de 6 à 9 ans

- Fournir l'information précise au sujet des relations sexuelles, les rôles de la femme et de l'homme et sur la conception;
- Établir des limites aux jeux sexuels;
- Respecter l'intimité de l'enfant[29].

DE 10 À 12 ANS :

« Un jour fier d'être enfin ado...
Le lendemain content d'être encore un enfant… »

- Interrogations;
- Début de la puberté : Le corps = centre d'intérêt, masturbation;
- Début de l'éveil amoureux et sexuel[30].

Compétences attendues chez les parents
d'enfants de 10 à 12 ans

- Prévoir des activités mixtes supervisées (récréatives ou parascolaires);
- Expliquer la responsabilité inhérente à l'engagement dans une relation;
- Enseigner à l'enfant la responsabilité liée au comportement sexuel (ITS, VIH, grossesse) en intégrant les aspects positifs de la sexualité pour ainsi éviter de présenter la sexualité sous l'angle de maladies, de dangers ou de difficultés;

---

28 L. Durocher, *Développement psychosexuel de l'enfance à l'adolescence*, diaporama présenté au collège Bois-de-Boulogne, (Document inédit), *op. cit.*, p. 5.

29 ACJQ, 2010, *op. cit.*, p. 36.

30 L. Durocher, *Développement psychosexuel de l'enfance à l'adolescence*, diaporama présenté au collège Bois-de-Boulogne, (Document inédit), *op. cit.*, p. 6.

- Donner aux enfants les moyens de pouvoir vivre une sexualité saine en les rassurant, en leur donnant l'occasion de parler de leurs questionnements, de leurs craintes, etc.;
- Donner l'exemple d'une relation responsable entre adultes qui s'aiment[31].

ADOLESCENCE

L'adolescence est une période de changements, de passions, et de remises en question pendant laquelle le domaine de la sexualité représente une préoccupation majeure. L'adolescence est aussi riche en émotions. Il est difficile de retenir les gestes et les mots, les larmes et les colères, les joies et les moments d'exaltation. Selon leur tempérament, leur personnalité et leur vécu, les adolescents réagiront de façon différente : expérimentations et découvertes, manifestations d'anxiété, labilité émotive, hypersensibilité, dépendance, etc. Cette période comporte également des risques inévitables parfois caractérisés par un sentiment de toute-puissance et d'une recherche de liberté ainsi qu'une distance avec les parents.

Sur le plan du développement psychosexuel, l'adolescence est une période de plusieurs « grandes premières » (premières menstruations, première éjaculation, première relation amoureuse, premier baiser, première caresse, première relation sexuelle, première peine d'amour, etc.) qui peuvent créer des sentiments d'insécurité chez un bon nombre d'adolescents et d'adolescentes[32].

Développement psychosexuel de l'adolescent

« Je suis fière d'être une femme ou je suis fier d'être un homme et j'ai envie de découvrir l'autre du même sexe ou du sexe opposé[33] »

Caractéristiques ou comportements attendus chez les 12 à 14 ans

- Changements physiques et biologiques nombreux et accélérés[34];

---

[31] ACJQ, 2010, *op. cit.*, p. 37.

[32] L. Durocher et S. Young, 2004, *op. cit.*, p. 5.

[33] L. Durocher. *Développement psychosexuel de l'enfance à l'adolescence*, diaporama présenté au collège Bois-de-Boulogne, (Document inédit), *op. cit.*, p. 7.

[34] L. Durocher et S. Young, 2004, *op. cit.*, p. 30; C. Sahuc, *Comprendre son enfant : 11-17 ans*, Studyrama, 2010, p. 31-49; M. Waddell et coll., *Comprendre votre enfant à l'adolescence*, Paris, Albin Michel, 2001, p. 22-23; ACJQ, 2010, *op. cit.*, p. 67.

- Inquiétudes ou préoccupations quant aux transformations physiques « Suis-je normal, suis-je comme les autres?[35]»;
- Intégration graduelle du corps en changement pouvant influencer l'estime et la confiance en soi[36];
- Questionnements à propos des critères et des standards de beauté[37];
- Période de consolidation de l'identité sexuelle où le jeune développe une façon personnelle d'être une fille ou un garçon, renforcée par imitation et opposition[38];
- Création de liens avec les pairs de même sexe leur ressemblant afin d'assurer une présence rassurante, pouvant parfois susciter une exagération des qualités basées sur les stéréotypes sexuels (observables dans la démarche, les mots, les attitudes[39]);
- Questionnement et curiosité grandissante relativement à la sexualité et aux contacts sexuels[40];
- Exploration de la littérature érotique, imagée ou non, recherche d'informations sur les relations sexuelles[41];
- Discussion à caractère sexuel avec les pairs[42] et blagues à caractère sexuel;
- Découverte du phénomène d'excitation sexuelle (érections spontanées, éjaculation, lubrification)[43];
- Augmentation de la fantasmatique sexuelle[44];
- Période où la masturbation peut être plus accrue[45];

---

35 L. Durocher et S. Young, 2004, *op. cit*., p. 30; QUÉBEC,MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (MSSS), *Entre les transformations, les frissons, les passions… et toutes les questions. Petit guide à l'usage des parents pour discuter de sexualité avec leur adolescent*, 2008, p. 21-24.

36 ACJQ, 2010, *op. cit*., p. 67.

37 C. Sahuc, *op. cit*., p. 18; MSSS, 2008, *op. cit*., p. 21.

38 L. Durocher et S. Young, 2004, *op. cit*., p. 29 à 31; C. Sahuc, *op. cit*., p. 59; M. Waddell et coll., *op. cit*., p. 26-33.

39 M. Waddell et coll., *op. cit*., p. 30 à 33.

40 QUÉBEC, MSSS, 2008, *op. cit*., p. 21

41 S. Desjardins. Guide de soutien à la pratique : Programme transversal pour les adolescents ayant commis une infraction à caractère sexuel, CJM-IU, 2011, p. 14; M. Waddell et coll., *op. cit*., p. 28.

42 M. Waddell et coll., *op. cit*., p. 31-33; S. Desjardins, *op. cit*., p. 14.

43 L. Durocher et S. Young, 2004, *op. cit*., p. 30; MSSS, 2008, *op. cit*., p. 21.

44 C. Sahuc, *op. cit*., p. 69-70; M. Waddell et coll., *op. cit*., p. 27-137.

45 C. Sahuc, *op. cit*., p. 69-70; M. Waddell et coll., *op. cit*., p. 27.

- Période d'investissement sexuel où l'autre sexe inspire de l'attrait et de l'excitation[46];
- Poursuite de l'éveil amoureux et d'un désir de rapprochement affectif avec un individu[47];
- Questionnements relatifs aux fondements d'une relation amoureuse épanouissante et réciproque[48];
- Questionnements relatifs aux valeurs encouragées par la famille versus la compréhension des valeurs véhiculées dans la société en matière d'éducation sexuelle (pas de relations amoureuses ou de relations sexuelles avant le mariage, etc.);
- Fébrilité à l'égard des premières expériences amoureuses et sexuelles;
- Début de l'exploration sexuelle du corps de l'autre par l'étreinte, l'embrassade, le toucher ou les caresses[49];
- Interrogations sur l'orientation sexuelle et possibilité d'expériences sexuelles avec des partenaires du même sexe[50].

Caractéristiques ou comportements attendus chez les 15 à 17 ans

- Préoccupations à propos de la capacité de plaire : sentiments éprouvés et réactions suscitées chez les autres[51];
- Premières relations amoureuses et peines d'amour vécues avec intensité pouvant avoir des impacts sur les plans physiques et psychologiques[52];
- Personnalisation en tant qu'être féminin ou masculin et diminution de l'importance accordée aux amis pour investir les relations intimes[53];

---

46 M. Waddell et coll., *op. cit.*, p. 30-31-137.

47 QUÉBEC, MSSS, 2008, *op. cit.*, p. 21.

48 *Ibid.*, p. 21.

49 L. Durocher et S. Young, 2004, *op. cit.* , p. 30-38; C. Sahuc, *op. cit.* , p. 69-70; M. Waddell et coll., *op. cit.*, p. 31-32-137; MSSS, 2008, *op. cit.*, p. 21.

50 L. Durocher et S. Young, *op. cit.*, p. 30-40-86; M. Waddell et coll., *op. cit.*, p. 33-140; ACJQ, 2010, *op. cit.*, p. 68-75.

51 L. Durocher et S. Young, 2004, *op. cit.*, p. 30; M. Waddell et coll., *op. cit.*, p. 135; MSSS, 2008, *op. cit.*, p. 21.

52 L. Durocher et S. Young, 2004, *op. cit.*, p. 30; M. Waddell et coll., *op. cit.*, p. 138-139-141.

53 L. Durocher et S. Young, 2004, *op. cit.*, p. 30-31.

- Interrogations ou préoccupations quant à la santé sexuelle (contraception et protection des ITS)[54];
- Période de grande curiosité sexuelle[55];
- Existence de la pensée magique pouvant avoir un impact sur les comportements sexuels à risque (protection, contraception, consommation, etc.)[56];
- Questionnements au niveau de leur orientation sexuelle ou précision et possibilité d'expériences sexuelles avec des partenaires du même sexe[57];
- Expérimentation d'un rôle sexué à l'intérieur d'une relation d'intimité et découverte des plaisirs sexuels partagés dans une relation intégrant la sexualité[58];
- Établissement de limites au niveau des frontières sexuelles[59];
- Période où l'adolescent pourrait avoir plus d'un partenaire à l'intérieur d'une même année en étant fidèle pendant chacune de ses relations[60];
- Questionnements ou expérimentations possibles concernant diverses réalités sexuelles (sexualité à plusieurs partenaires sexuels, pornographie, relations anales, etc.);
- Importance de la recherche de plaisirs instantanés en ce qui a trait à la sexualité[61];
- Questionnement sur ses besoins amoureux et/ou sexuels divergents ou non de sa famille d'origine;
- Recherche d'émancipation affective parallèle pouvant aller à l'encontre ou non des valeurs de sa famille.

Quelques compétences attendues chez les parents d'adolescents

- Informer et rassurer l'adolescent quant aux transformations reliées à la puberté;

---

54 L. Durocher et S. Young, 2004, *op. cit*., p. 45; M. Waddell et coll., *op. cit*., p. 23-141-142; MSSS, 2008, *op. cit*., p. 21.

55 M. Waddell et coll., *op. cit*. , p. 137; MSSS, 2008, *op. cit*., p. 21.

56 ACJQ, 2010, *op. cit*., p. 67.

57 L. Durocher et S. Young, 2004, *op. cit*. , p. 30-40-86; M. Waddell et coll., *op. cit.,* p. 140-141; ACJQ, 2010, *op. cit*., p. 68-75.

58 L. Durocher et S. Young, 2004, *op. cit*., p. 30; S. Desjardins, *op. cit*., p. 14.

59 L. Durocher et S. Young, *op. cit*., p. 30.

60 ACQ, 2010, *op. cit*., p. 67.

61 *Ibid*., p. 68.

- Favoriser le développement d'un sentiment de fierté d'être un garçon ou d'être une fille;
- Favoriser une réflexion critique chez l'adolescent à l'égard de l'influence publicitaire et de l'image sociale renvoyée;
- Favoriser une réflexion critique chez l'adolescent à l'égard de la pornographie, la violence sexuelle, etc.;
- Être à l'écoute des interrogations et des préoccupations que l'adolescent peut avoir en lien avec les relations amoureuses et sexuelles[62];
- Favoriser la communication et les échanges informels avec l'adolescent à propos de la sexualité et de la séduction[63];
- Respecter l'importance des premières expériences amoureuses de l'adolescent[64];
- Discuter des diversités des pratiques sexuelles avec l'adolescent et de l'importance des mesures de prévention quant à la contraception et aux ITS[65];
- Établir un cadre clair où les règles et les frontières sont expliquées par des valeurs telles que le respect de soi et de l'autre[66];
- Soutenir et valoriser l'adolescent dans ses choix en lien avec les valeurs prônées;
- Accompagner l'adolescent afin qu'il développe des relations harmonieuses et respectueuses avec ses partenaires;
- Arrêter l'adolescent dans ses comportements inadéquats ou inacceptables dans ses relations amoureuses et sexuelles;
- Prendre conscience du modèle projeté de parent offert à son adolescent;
- Accompagner l'adolescent afin qu'il prenne les moyens de protection adéquats, qu'il se les procure de lui-même et qu'il utilise adéquatement les services de santé;
- Préciser les raisons pour lesquelles ils ont avantage à utiliser les moyens de protection et les services de santé;
- Favoriser une vision positive de la sexualité en évitant de n'aborder que les dangers ou maladies reliés à la sexualité;

---

62 QUÉBEC,MSSS, 2008, *op. cit.*, p. 13-24.

63 L. Durocher et S. Young, 2004, *op. cit.*, p. 35-38.

64 QUÉBEC,MSSS, 2008, *op. cit.*, p. 13.

65 L. Durocher et S. Young, 2004, *op. cit.*, p. 38-48-49.

66 *Ibid.*, p. 43.

- Discuter avec l'adolescent des risques qu'il peut y avoir lorsqu'on utilise la technologie pour communiquer, notamment par Internet et lui donner quelques conseils pour éviter des situations fâcheuses.

Bien qu'une intervention éducative en matière de sexualité soit de mise pour tous les adolescents, certaines situations ou certains comportements commandent une démarche d'éducation à la sexualité plus soutenue ou au besoin une aide spécialisée[67], et ce, aussi auprès des parents. En voici quelques exemples :

Exemples de comportements nécessitant une démarche d'éducation sexuelle ou une intervention spécialisée

- Obsessions marquées quant à son image corporelle[68];
- Masturbations compulsives ou chroniques[69];
- Prises de risque au niveau de la sexualité pouvant mettre en danger sa santé physique et psychologique et celle des autres (relation sexuelle non protégée, partenaires multiples, relations sexuelles avec des inconnus et en groupe, etc.)[70];
- Manque de frontières interpersonnelles (dépendamment de la fréquence et du contexte : se tenir trop près des gens[71], donner ses coordonnées ou accepter les invitations des étrangers);
- Problème d'identité sexuelle, désir d'appartenir au sexe opposé[72];
- Utilisation de matériel pornographique à connotation violente, sadique ou comportant de la pédophilie ou de la zoophilie[73];
- Utilisation du cyberespace comme moyen d'entrer en relation amoureuse ou sexuelle considérant les risques associés à l'exploitation sexuelle;
- Afficher ou transmettre des photos ou des vidéos d'eux ou de leurs partenaires nus ou partiellement nus[74];

---

67 L. Durocher et S. Young, 2004, *op. cit*., p. 50; S. Desjardins, *op. cit*., p. 14.

68 C. Sahuc, *op. cit*., p. 113; M. Waddell et coll., *op. cit*., p. 75-130.

69 M. Waddell et coll., *op. cit*., p. 28.

70 ACJQ, 2010, *op. cit*., p. 68-69-70; G. Lambert et coll., *op. cit*., p. 57-58-59.

71 Child Welfare Information Gateway. W. Friedrich. Child Sexual Behavior Inventory. Version 2. https://www.childwelfare.gov.pubs/usermanuals/seabuse/sexabusel.cfm. (page consultée le 20 décembre 2013).

72 *Ibid*.

73 S. Desjardins, *op. cit*., p. 14.

- Nécessité de consommer de l'alcool ou des drogues afin de diminuer leurs inhibitions ou de faciliter le passage à l'acte sexuel[75];
- Danser dans des bars érotiques[76];
- Avoir des activités sexuelles en échange de biens ou d'argent[77];
- Comportements d'exhibition, de voyeurisme, de frotteurisme, d'appels obscènes ou toutes autres infractions d'ordre sexuel[78];
- Attitudes ou comportements sexuels comportant des écarts importants avec les valeurs prônées par la famille.

1.9 Outil à privilégier : le programme d'éducation sexuelle du Centre jeunesse de Montréal – Institut universitaire

Selon Jenson et coll. (2005), la majorité des dévoilements ont été faits à la suite d'activités de sensibilisation où l'agression sexuelle avait été abordée.

Une démarche d'éducation sexuelle ne se limite pas au fait de répondre aux questions spontanées des adolescents ou encore de réagir uniquement lorsque des situations sexuelles sont vécues, mais doit faire également appel à une intervention structurée et de qualité.

L'utilisation d'un programme d'éducation sexuelle conçu pour les adolescents en difficulté est un moyen efficace d'assurer la qualité des interventions. Un programme d'éducation sexuelle permet notamment de livrer des messages clairs et non ambigus, qui tiennent compte à la fois de l'âge de l'adolescent, de son développement psychosexuel et de ses besoins.

Pour soutenir l'intervenant dans son rôle d'éducateur à la sexualité, nous recommandons *Pour ados seulement! Programme d'éducation sexuelle du Centre jeunesse de Montréal — Institut universitaire destiné aux jeunes en difficulté*[79]. Le but de ce programme est d'aider les jeunes à se sentir compétents et responsables en développant une vision

---

74 G. Lambert et coll., *op. cit.*, p. 18-58.

75 L. Durocher et S. Young, 2004, *op. cit.*, p. 63-65; ACJQ, 2010, *op. cit.*, p. 70; G. Lambert et coll., *op. cit.*, p. 17-57.

76 G. Lambert et coll., *op. cit.*, p. 19-20.

77 L. Durocher et S. Young, 2004, *op. cit.*, p. 83; ACJQ, 2010, *op. cit.*, p. 70; G. Lambert et coll., *op. cit.*, p. 19-20-57.

78 S. Desjardins, *op. cit.*, p. 14.

79 L. Durocher, 2013, *op. cit.*

positive et équilibrée de la sexualité. Il vise notamment à ce que les jeunes puissent développer les habiletés nécessaires pour favoriser leur épanouissement sexuel et prévenir les problèmes liés à la sexualité.

Les différentes activités proposées permettront aux jeunes de réfléchir sur les valeurs liées à la sexualité, de compléter leurs connaissances sur différents thèmes liés à la sexualité, de partager leurs points de vue en respectant l'opinion d'autrui et de se responsabiliser face à une saine sexualité[80]. »

Ce programme peut être offert dans le cadre d'une animation de groupe ou d'un accompagnement individuel et il est divisé en 11 thèmes :

- L'amour et la séduction à l'adolescence;
- Les changements à l'adolescence;
- Les relations sexuelles à l'adolescence;
- La contraception et la prévention;
- Les ITS et le VIH;
- Les orientations sexuelles à l'adolescence;
- Sexualité, alcool et drogue;
- La maternité et la paternité;
- Le sexisme et la violence dans les relations amoureuses;
- Les agressions sexuelles;
- La prostitution.

Important!

- Il est important d'être attentif aux réactions de chacun des adolescents pendant et après l'animation afin de poursuivre l'accompagnement.

1.10 Accompagnement dans les milieux de vie

Les intervenants sont appelés à intervenir dans différents milieux de vie : famille naturelle, famille d'accueil, tiers significatif auquel l'adolescent est confié, foyer de groupe, unité de réadaptation, etc. Peu importe le milieu de vie, une certaine démarche avec les parents ou les personnes significatives pour l'adolescent devient nécessaire pour que chacun se préoccupe du développement psychosexuel de

[80] L. Durocher, 2013, *op. cit*.

l'adolescent et puisse intégrer la dimension de la sexualité dans ses interventions éducatives.

Pour ce faire, voici quelques pistes d'accompagnement :

- Avoir une démarche de réflexion sur les valeurs de chacun;
- Préciser les valeurs à privilégier et les façons de les transmettre au quotidien;
- Élaborer des règles de vie qui s'appuient sur ces valeurs;
- Donner un sens aux pratiques éducatives;
- Utiliser de façon éducative les situations telles qu'elles se présentent pour discuter de ce qui est considéré comme « normal » et de ce qui est sain;
- Profiter de toute occasion pour transmettre des valeurs à l'adolescent et pour échanger sur celles-ci avec les parents et autres personnes significatives;
- Adapter les règles de vie en fonction des besoins et des capacités de chacun;
- Adapter les règles de vie en fonction du contexte d'intervention, des valeurs familiales et des normes sociales;
- Viser des « zones de compromis » et des « zones de confort » puisque chacun a ses propres valeurs, d'où la nécessité de prendre le temps d'échanger pour arriver à un certain consensus[81].

1.11 Quelques repères concernant l'impact de la culture sur l'évolution des pratiques en matière de sexualité

Les croyances et les représentations liées aux notions de sexualité, de reproduction, de comportement érotique et de virginité varient grandement en fonction des cultures et des époques.

Par exemple, la société québécoise a vécu de nombreux changements en lien avec l'évolution de la sexualité. On peut penser également au contrôle social exercé par l'Église qui considérait la sexualité comme source de péchés. Par la suite, l'entrée des femmes sur le marché du travail a amené une transformation des perceptions en regard de la sexualité au Québec et une rupture avec les valeurs catholiques traditionnelles.

[81] L. Durocher et S. Young, 2004, *op. cit.*, p. 43.

Dans les années 1970 et 1980, la sexualité est sortie du monde du secret, l'apport des médias assurait l'accessibilité de l'information et la sexualité occupait une place de plus en plus importante dans les préoccupations de la société québécoise contemporaine. Le mouvement féministe a entraîné des remises en question sur les rapports sexuels basés sur la domination des femmes et sur la répression de leur sexualité, sur le viol, le harcèlement sexuel et l'exploitation sexuelle dont les femmes étaient victimes. Cette réflexion sur la domination par l'homme a permis d'envisager l'exploitation sexuelle des enfants. L'abus sexuel des enfants et des jeunes ainsi que la prostitution juvénile, sont devenus des objets de préoccupation et des champs d'intervention.

L'évolution des mentalités a amené une remise en question des valeurs attachées à la virginité, ouvrant le champ à l'expression de la sexualité hors mariage et semblant effacer le double standard s'appliquant aux garçons et aux filles[82]. Les revendications des partisans du mouvement gai et lesbien ont porté leurs fruits, le mariage gai est effectif depuis 2005. La facilité de l'accès à l'information via Internet, y compris celle concernant la sexualité, a amené de nombreuses transformations sur le plan de l'éducation, des valeurs, des modèles féminins et masculins proposés, des pratiques sexuelles, etc.

Ce bref survol historique permet de remettre en perspective l'évolution des mentalités et des pratiques en regard de la notion de sexualité au Québec. À travers la succession de ces transformations, s'intègrent aussi la croissance de l'immigration et le défi pour les intervenants de conjuguer le savoir, le savoir-faire et le savoir-être dans un contexte interculturel.

Chaque culture comprend des valeurs partagées par un certain nombre d'individus, elle est dynamique et en constante évolution. En effet, les personnes appartenant à une même culture ne partagent pas toutes les mêmes valeurs, il existe des variantes intraculturelles reliées aux expériences de vie, à la religion, au niveau de scolarité, à l'éducation, à la classe sociale, etc. Ces variantes sont présentes à l'intérieur d'un même groupe culturel, y compris dans la culture québécoise. C'est pourquoi en contexte interculturel il importe de nous poser plus spécifiquement certaines questions afin d'identifier ces enjeux, de préciser notre lecture clinique, de moduler nos attitudes, de même que les actions à privilégier.

Par ailleurs, plusieurs zones d'incompréhension culturelle peuvent apparaître dans le cadre de rencontres professionnelles en contexte interculturel. À titre d'exemple, relevons les notions de famille et d'organisation familiale, les modèles d'éducation, les rapports entre les

[82] La partie du texte précédant la référence est tiré de l'ACJQ, *Guide d'intervention lors d'allégations d'abus sexuels envers les enfants*, Montréal, ACJQ, 2000, p. 189-190.

hommes et les femmes, la contraception, la virginité, les rapports entre les hommes et les intervenantes de sexe féminin, la conception de la relation d'aide, etc.[83] Ces zones d'incompréhension peuvent apparaître lorsque les groupes culturels ne partagent pas le même cadre de référence ou encore qu'ils ne sont pas conscients de leur propre cadre de référence ou de celui de l'autre.

Il faut également se rappeler l'importance d'harmoniser ces enjeux interculturels de façon à ce que les valeurs et les croyances des jeunes et des parents demeurent compatibles avec les enjeux de protection et les balises de la LPJ qui encadrent les pratiques éducatives. L'application de la loi et l'accompagnement de l'adolescent et de sa famille doivent ainsi se faire dans un climat d'ouverture, de compréhension mutuelle, d'humanité et de respect.

On doit éviter de croire qu'il faut tout savoir sur les différences culturelles avant d'accompagner un adolescent concernant sa sexualité. L'adolescent et ses parents sont souvent bien placés pour situer l'intervenant sur les valeurs et les croyances propres à leur culture. Par ailleurs, si l'intervenant manque d'informations après avoir discuté avec la famille, il doit aller les chercher dans les différentes ressources disponibles au CJM-IU, dont la clinique de consultation transculturelle du CJM-IU et dans les diverses communautés et partenariats existants[84].

Pour votre réflexion!

Plusieurs outils, ressources ou formations existent afin de soutenir l'intervention en contexte interculturel :

- Processus clinique intégré, volet LPJ, document de référence. *Enjeux à considérer dans l'application du processus clinique intégré auprès de la clientèle issue de l'immigration.*
- Processus clinique intégré, volet LPJ, document de référence. *L'outil de soutien à l'intervention interculturelle au CJM-IU.*
- La clinique de consultation transculturelle du CJM-IU de la Coordination du soutien clinique spécialisé (CSCS) offre du soutien aux intervenants.
- La formation de base en interculturelle : Intervenir auprès des jeunes et leur famille.

[83] A. Stoica et L. Durocher. *L'impact de la culture sur l'identité et la sexualité*, diaporama, (document interne), p. 26.

[84] L. Durocher et S. Young, 2010, *op. cit.*, p. 94.



Les abus sexuels

Cette partie est divisée en deux sections, la première présentera les connaissances actuelles sur le plan de la problématique des abus sexuels alors que la deuxième traitera davantage de la démarche d'intervention.

2.1 La problématique des abus sexuels

L'abus sexuel : un silence, comme un cri à l'envers (Frappier)[85]

Dans cette première section, nous proposerons quelques définitions de l'abus sexuel afin de nous permettre d'en saisir toute la complexité. Par la suite, la notion de consentement, les différentes formes que peuvent prendre l'abus sexuel et quelques données en regard de l'abus sexuel seront présentées. Les facteurs de risque et de protection, les préconditions à l'abus sexuel de même que les réactions, conséquences et séquelles à la suite de l'abus sexuel sont autant d'éléments traités qui nous aideront à mieux saisir cette problématique. Les principaux mythes circulant à propos de l'abus sexuel, les raisons pour lesquelles les adolescents ne dévoilent pas l'abus de même que certaines réflexions en regard de l'abus sexuel et les communautés culturelles seront aussi exposés dans cette section.

2.1.1 Définition des abus sexuels

Le manuel de référence sur la protection de la jeunesse définit l'abus sexuel comme suit :

> « Geste posé par une personne donnant ou recherchant une stimulation sexuelle non appropriée quant à l'âge et au niveau de développement de l'enfant ou de l'adolescent(e), portant ainsi atteinte à son intégrité

[85] J.-Y., Frappier. « *L'intervention au bénéfice des adolescents(es) agressés(es) par des tiers* ». Conférence de Liège, avril 2006, p. 82.

corporelle ou psychique, alors que l'abuseur a un lien de consanguinité avec la victime ou qu'il est en position de responsabilité, d'autorité ou de domination avec elle[86] ».

Par ailleurs, d'un point de vue légal, l'article 38D de la Loi sur la protection de la jeunesse stipule que la sécurité ou le développement d'un enfant est compromis lorsqu'il se retrouve dans une situation d'abus sexuel. On entend par abus sexuel :

Très souvent, l'abuseur est connu et généralement il n'y a pas de traces de violence physique apparente.

1. Lorsque l'enfant subit des gestes à caractère sexuel, avec ou sans contact physique, de la part de ses parents ou d'une autre personne et que ses parents ne prennent pas les moyens nécessaires pour mettre fin à la situation.
2. Lorsque l'enfant encourt un risque sérieux de subir des gestes à caractère sexuel, avec ou sans contact physique, de la part de ses parents ou d'une autre personne et que ses parents ne prennent pas les moyens nécessaires pour mettre fin à la situation[87].

Bien que le fait d'encourir un risque sérieux de subir des abus sexuels ne soit pas formellement une forme d'abus sexuel, la loi l'inclut lorsqu'il y a une forte probabilité que l'enfant subisse un abus sexuel.

Viols, infractions sexuelles, contacts sexuels, abus intrafamilial, prostitution et pornographie juvénile sont en lien avec les définitions d'abus sexuel et d'agression sexuelle.

Les situations suivantes constituent des exemples de situations à risque élevé d'abus sexuel parce que l'enfant est gardé par une personne dont le comportement ou le mode de vie risque de créer pour lui un danger moral ou physique :

- Présence d'un climat de promiscuité sexuelle[88];
- Un parent qui refuse ou ne prend pas les moyens de protéger son adolescent risquant d'être victime d'abus sexuels ou qui nie la nécessité de le protéger[89];
- Présence d'un nouveau conjoint pédophile qui a déjà été reconnu coupable d'abus sexuels et qui est laissé seul avec l'adolescent dans le milieu familial[90];
- Présence d'un père ou d'un conjoint qui vient d'être sujet d'un dévoilement ou qui vient d'être reconnu coupable d'abus sexuel.

86 QUÉBEC, MSSS, *Manuel de référence sur la protection de la jeunesse*, Québec, MSSS, 2010, p. 385.

87 *Ibid.*, p. 384.

88 *Ibid.*, p. 387.

89 *Ibid.*, p. 387.

90 *Ibid.*, p. 387.

Bien que nous retenions la définition du manuel de référence sur la protection de la jeunesse, les définitions suivantes sur l'agression sexuelle sont également proposées, car elles rendent compte de la complexité de la réalité de l'abus sexuel et offrent des repères plus concrets. Le document *Orientations gouvernementales en matière d'agression sexuelle* définit l'agression sexuelle comme suit :

> « Un geste à caractère sexuel, avec ou sans contact physique, commis par un individu sans le consentement de la personne visée ou, dans certains cas, notamment celui des enfants, par une manipulation affective ou par chantage. Il s'agit d'un acte visant à assujettir une autre personne à ses propres désirs par un abus de pouvoir, par l'utilisation de la force ou de la contrainte, ou sous la menace implicite ou explicite. Une agression sexuelle porte atteinte aux droits fondamentaux, notamment à l'intégrité physique et psychologique et à la sécurité de la personne[91]. »

L'Association des centres jeunesse du Québec (ACJQ) définit, pour sa part, l'abus sexuel de cette façon :

> « Les abus sexuels sont des gestes d'ordre sexuel inappropriés parce qu'ils sont imposés à un individu qui ne possède ni le développement affectif, ni la maturité, ni les connaissances nécessaires pour réagir adéquatement et librement à l'égard de tels gestes[92]. »

L'abus sexuel peut se produire dans un contexte intrafamilial ou extrafamilial.

La définition de l'abus sexuel intrafamilial réfère à l'imposition d'une activité sexuelle par des personnes de la famille, par exemple parents, beaux-parents, fratrie, demi-frères ou demi-sœurs, oncles ou tantes, cousins, cousines, grands-parents…[93]

La définition de l'abus sexuel extrafamilial réfère pour sa part à une activité sexuelle imposée par des personnes qui ne sont pas membres de

---

91 QUÉBEC, MSSS, *Orientations gouvernementales en matière d'agression sexuelle*, Québec, la Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux, 2001, p. 22.

92 ACJQ, 2010, *op. cit.*, p. 15.

93 A. Hamelin, C. Chamberland, J. Turner et M. Tourigny. *Évolution d'une clientèle d'adolescentes victimes d'agressions sexuelles et description des services psychosociaux reçus en CLSC*, Mémoire de maîtrise, Université de Montréal, 2005. p. 6.

la famille : étrangers, pairs, amis d'un membre de la famille, professeurs, voisins, etc.[94]

Il est à noter qu'un abus sexuel, qu'il soit intrafamilial ou extrafamilial, peut être un épisode unique ou chronique[95] (plusieurs épisodes mettant en cause le même agresseur).

2.1.2 La notion de consentement pour les jeunes de 12 ans et plus

La notion de consentement permet de distinguer un acte abusif d'un acte non abusif en matière d'abus sexuel. La présence de l'un ou plusieurs de ces trois éléments invalident le consentement :

- La présence d'un écart d'âge ou de niveau développemental significatif;
- La présence d'un rapport de force ou d'intimidation;
- La présence d'un rapport d'autorité, de confiance ou d'exploitation ou en situation de dépendance face à l'autre.

L'âge de consentement réfère à l'âge auquel la loi criminelle reconnaît la capacité juridique d'une jeune personne à consentir à une activité sexuelle. Les lois de l'âge de consentement s'appliquent à toutes formes d'activités sexuelles, des attouchements comme embrasser jusqu'aux relations sexuelles complètes.

L'âge de consentement légal au Canada[96] :

0 à 11 ans

Le consentement n'est pas valable et n'est pas pris en considération par la loi. Pour les enfants de moins de 12 ans, il ne peut y avoir de consentement à participer à des activités sexuelles avec une personne âgée de 12 ans et plus.

12 et 13 ans

Les enfants sont considérés comme trop jeunes pour donner leur consentement à une activité sexuelle sauf si les deux partenaires n'ont pas plus de deux ans de différence, ils peuvent être considérés consentants. Mais ni l'un ni l'autre ne doit être dans une situation

---

94 A Hamelin et coll., *op. cit*. p. 7; M. Hébert, M. Cyr, et M. Tourigny. *L'agression sexuelle envers les enfants*, Québec, Presse de l'université du Québec, tome 1, 2011, *op.cit.*, p. 7.

95 J-Y Frappier, *op. cit*., p. 6.

96 www.justice.gc.ca/fra/.

d'autorité, de confiance ou d'exploitation, ni en situation de dépendance face à l'autre.

14 et 15 ans

Il ne faut pas qu'il y ait plus de cinq ans de différence entre les partenaires. Le plus âgé n'est pas en situation d'autorité, de confiance ou d'exploitation vis-à-vis du plus jeune, et ce dernier n'est pas en situation de dépendance envers lui.

16 ans

Les adolescents sont considérés aptes à donner leur consentement à une activité d'ordre sexuel, sauf si un partenaire est en situation d'autorité, de confiance, d'exploitation ou de dépendance face à l'autre. Ainsi, un jeune âgé de 16 ou 17 ans peut avoir des activités sexuelles de nature non exploitantes, consensuelles avec qui il veut, peu importe l'âge de son partenaire, à condition que l'adolescent ou l'adolescente ne se trouve pas dans une situation d'exploitation (prostitution, pornographie, relation de confiance, d'autorité, de dépendance face à l'autre).

2.1.3 Formes d'abus[97]

- Baisers à caractère sexuel;
- Attouchements sexuels et caresses : seins, cuisses, fesses, organes génitaux, anus;
- Masturbation de la victime par l'agresseur et vice-versa;
- Contact oral-génital : fellation (intromission du pénis de l'agresseur dans la bouche de la victime ou du pénis de la victime dans la bouche de l'agresseur), cunnilingus (contact avec la bouche des organes génitaux de l'adolescente et vice-versa);
- Pénétration ou tentative de pénétration vaginale ou anale, par le pénis, les doigts ou des objets;
- Frotteurisme, frottement des organes génitaux contre les fesses, les cuisses, l'abdomen, la vulve, l'anus, etc.;
- Participation à des scènes à visée érotique pour l'obtention de gains financiers, prostitution, films pornographiques, images sur Internet, etc.;
- Exhibitionnisme/voyeurisme;

[97] Centre jeunesse de la Montérégie, *op. cit .,* p. 139; J.-S. Rycus et R.-C. Hugues. *Guide terrain pour le bien-être des enfants*, vol. 1, Éditions Sciences et culture, 2005, p. 182.

- Harcèlement sexuel;
- Sollicitation sexuelle, notamment par Internet;
- Propos sexuels inappropriés;
- Incitation à la bestialité;
- Activités sexuelles non consenties;
- Abus sexuels commis par un groupe de jeunes, au sein de rituels à l'intérieur d'un gang de rue ou d'une secte;
- Etc.

TYPES D'AGRESSEURS[98] :

- Abus sexuel intrafamilial : membre de la famille (parents, beaux-parents, fratrie, demi-frères ou demi-sœurs, oncles ou tantes, cousins, cousines, grands-parents…);
- Abus sexuel extrafamilial : personne non-membre de la famille (étrangers, pairs, amis de la famille, professeurs, voisins…).

2.1.4 Quelques données sur les abus sexuels

- Un Québécois sur six, dont une femme sur cinq et un homme sur 10, rapporte avoir été agressé sexuellement durant son enfance (entre 0 et 18 ans)[99];
- Une étude effectuée auprès des adolescents québécois révèle que 18,6 % des filles et 3,3 % des garçons ont vécu des situations de violence sexuelle[100];
- Le tiers de toutes les agressions à caractère sexuel commises au Québec le sont par des adolescents et 46 % des infractions commises par des adolescents le sont sur des enfants[101];
- Moins de 28 % des femmes et moins de 10 % des hommes qui ont vécu une agression sexuelle ont demandé une aide quelconque[102].

98 A. Hamelin et coll., *op. cit .,* p. 6.

99 M-E, Paradis, M. Tourigny. « Un lourd secret, les jeunes victimes d'agression sexuelle. » *Saviez-vous que… Édition spéciale - Les agressions sexuelles*, n°5, 2009, p. 4; À noter que la définition d'agression sexuelle de cette référence correspond à celle retenue dans notre guide au début de la page 34; M. Hébert, M. Cyr et M. Tourigny, 2011, *op.cit.*, p. 7.

100 C. Thériault, M. Cyr, C. Cinq-Mars, É. Jouvin et I. Daigneault, 2000 dans ACJQ, 2010.

101 S. Desjardins. *op. cit*., p. 4.

102 J.-Y. Frappier, *op. cit.,* p. 8.

Le bilan des Directeurs de la protection de la jeunesse/Directeurs provinciaux 2011-2012 indique que pour l'ensemble du Québec[103] :

- La problématique des abus sexuels (3211 cas) représente 10 % de l'ensemble des signalements retenus au Québec, 1822 cas sont retenus en fonction du motif présumé et 1389 cas le sont en vertu d'un risque sérieux;
- Si on observe les signalements retenus en abus ou risque sérieux d'abus sexuels selon la tranche d'âge, les 0 à 5 ans en représentent 30 % (951 cas) les 6 à 12 ans, 42 % (1350 cas) et les 13 à 17 ans, 28 % (910 cas);
- En ce qui concerne les adolescents de 13 à 17 ans pris en charge en vertu d'une problématique en abus sexuel au Québec, ils sont au nombre de 827. Les jeunes faisant partie de cette tranche d'âge représentent 55 % de tous les jeunes de 0 à 18 ans pris en charge en vertu de la problématique en abus sexuel. Ils représentent également 6 % de la prise en charge de l'ensemble des problématiques.

Une étude portant sur les jeunes hébergés dans les centres jeunesse indique le pourcentage de jeunes âgés de 14 à 17 ans qui ont révélé un ou des abus sexuels vécus au cours de leur vie[104] :

- 32 % des filles et 5,7 % des garçons ont rapporté avoir vécu une fois ou plus un abus sexuel intrafamilial;
- 52,7 % des filles et 7,2 % des garçons ont rapporté avoir vécu un abus sexuel extrafamilial;
- 67,8 % des filles et 12,6 % des garçons ont rapporté avoir vécu un abus sexuel intra ou extrafamilial.

Au Centre jeunesse de Montréal — Institut universitaire, le rapport annuel 2010-2011 indique que pour Montréal[105] :

- La problématique en abus sexuels représente 11 % (467 cas) de l'ensemble des signalements retenus à Montréal, 292 cas sont retenus en fonction du motif présumé et 175 cas le sont en vertu d'un risque sérieux;
- Si on observe les signalements retenus pour la problématique en abus sexuel selon la tranche d'âge, les 0 à 5 ans en

---

[103] ACJQ. *Bilan des directeurs de la protection de la jeunesse/Directeurs provinciaux : La violence change l'enfance*, Montréal, 2012, p. 27.

[104] G. Lambert, et coll., *op. cit.,* p. 45-46.

[105] Centre jeunesse de Montréal — Institut universitaire (CJM-IU). *Rapport annuel 2010-2011,* Montréal, Bibliothèque et archives nationales du Québec, 2011, p. 37-38.

représentent 29 % (134) les 6 à 11 ans, 29 % (135) et les 12 à 17 ans, 42 % (199).

Attention



Pour diverses raisons, l'incidence des signalements ne rend pas réellement compte de l'ampleur du phénomène puisque la plupart des agressions sexuelles ne sont pas dénoncées aux autorités[106]. À titre d'exemple, lors d'une enquête effectuée, 30 % des adolescents interrogés n'avaient jamais divulgué l'agression avant ce jour[107].

2.1.5 Facteurs de risque et facteurs de protection[108]

L'abus sexuel n'implique pas forcément la présence d'un trouble mental démontrable.

Les intervenants doivent connaître les facteurs de risque les plus significatifs et être à l'écoute des différents indices comportementaux, symptômes et signes physiques pour améliorer le dépistage des abus sexuels et les prévenir. Par ailleurs, les indices d'abus sexuels peuvent aussi être observés par rapport à d'autres problématiques, il faut donc qualifier ces indices.

Un facteur de risque[109] de victimisation sexuelle est défini comme étant un événement, une situation, un état, un contexte qui, en raison de sa présence et en juxtaposition avec d'autres facteurs de risque, peuvent augmenter les probabilités d'une situation d'abus sexuel envers un enfant. Il importe[110] également de savoir que les études sur les facteurs de risque sont davantage descriptives, ce qui peut rendre difficile l'assurance que certains de ces facteurs étaient présents avant l'agression sexuelle. Bien que le principal facteur de risque soit la proximité d'un potentiel abuseur, voici d'autres exemples de facteurs qui, de par leur présence, sont associés au risque d'être victime d'un abus sexuel[111].

---

106 M. Hébert, M. Cyr, et M. Tourigny, 2011, *op.cit.,* p. 15.

107 Hanson et coll., 2003 dans M. Hébert et coll., 2011, *op. cit.*, p. 155-156.

108 Inspiré de J. Wright et al. , 1999, dans E. Habimana et al. (dir.), *Psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent : Approche intégrative*, Gaétan Morin Éditeur, 1999 dans S. Young et L. Durocher, 2010, *op. cit.,* p. 28; ACJQ, 2010, *op. cit*., p. 21; M. Hébert, M. Cyr, et M. Tourigny, 2011, *op. cit*., p. 23 à 38.

109 M. Tourigny, 1991, dans ACJQ, 2010, *op. cit.,* p. 21.

110 M. Hébert, M. Cyr et M. Tourigny, 2011, *op. cit*., p. 34.

111 Les auteurs du guide de soutien à la pratique ont pris la liberté de catégoriser les facteurs de risques de la façon suivante : environnementaux et communautaires, familiaux et individuels.

2.1.5.1 Facteurs de risque reliés aux abus sexuels

Facteurs environnementaux et communautaires

- **Le sexe de l'abuseur** : la très grande majorité (environ 90 %) des agresseurs sont de sexe masculin (homme ou adolescent). Il est aussi possible que le taux d'abus par les femmes soit sous-estimé.
- **L'adolescent abuseur** : les facteurs de risques liés aux trajectoires développementales de ces jeunes se traduisent souvent sous trois thèmes : des familles brisées caractérisées principalement par l'abandon du père, des problèmes neuropsychologiques (impulsivité, problèmes d'attention, troubles d'apprentissage), difficulté d'intégration sociale (rejet et isolement social)[112].
- **Une attirance sexuelle déviante pour les enfants et les adolescents** : l'individu présente des fantaisies imaginatives sexuellement excitantes, des impulsions sexuelles ou des comportements impliquant un enfant ou un adolescent.
- **La pauvreté, le chômage, les classes sociales…** : sans en nier l'impact, la présence de ces agents stressants peut toutefois être nuancée. L'établissement de ce lien comme facteur de risque peut être dû au fait que les études étaient principalement effectuées auprès des services de protection, par exemple le grand pourcentage des enfants victimes suivis en centre jeunesse vivent dans des familles à faible revenu.

Facteurs familiaux

- **L'environnement familial** : le type d'environnement familial est un facteur de risque souvent associé à l'abus; séparation de longue durée d'avec un des parents, faible compétence ou faible sentiment de compétence parentale, violence psychologique, violence physique, faible disponibilité des parents, haut niveau de conflit, abus de substances, problèmes de santé mentale chez les parents, relation parent-adolescent pauvre, manque de supervision de l'adolescent, inversion des rôles, grossesse non désirée, faible niveau d'éducation de la mère, isolement de la famille, frontières et limites confuses ou absentes sur le plan sexuel[113].
- **Le lien avec l'abuseur** : l'abuseur est connu dans 75 % à 90 % des cas. Les filles sont davantage à risque d'être abusées par

[112] S. Desjardins, *op. cit*., p. 21.

[113] Principalement tiré de M. Hébert, M. Cyr et M. Tourigny , 2011, *op. cit.,* p. 36-37.

un membre de la famille alors que les garçons sont plus à risque d'être abusés par un tiers à l'extérieur de la famille. Cependant, les études qui distinguent l'enfance de l'adolescence suggèrent que les adolescentes sont davantage agressées par des gens à l'extérieur de la famille[114].

- **Pour le parent non abuseur** : dépendance, carence affective, difficulté à s'affirmer, difficultés conjugales (relations sexuelles inexistantes ou insatisfaisantes).
- **La présence d'un père adoptif ou d'un ami de la mère[115].**
- **Des antécédents d'abus chez les parents** : ne reconnaît pas les indices de risques d'abus sexuel. Il est à noter qu'un certain nombre de victimes d'abus intrafamiliaux deviennent à leur tour des agresseurs ou fondent une famille où l'on retrouve de l'abus intrafamilial. Il ne s'agit toutefois que d'un faible pourcentage des victimes[116].

Facteurs individuels

- **Le sexe de la victime** : les filles sont plus souvent victimes que les garçons (75 à 80 %). Toutefois, les abus chez les garçons seraient sous-rapportés.
- **L'âge de la victime** : les enfants de 6 à 11 ans seraient le plus à risque pour les attouchements sexuels et les adolescentes seraient le plus à risque d'être victimes de viol[117]. Toutefois, on peut penser que les abus chez les moins de 7 ans seraient sous-estimés, car ils sont plus difficiles à prouver.
- **La personnalité, les connaissances et les compétences sociales de l'enfant et de l'adolescent[118]** : une personnalité passive, une faible estime de soi, une dépendance affective, l'isolement social, des problèmes de comportement, une vulnérabilité telle que l'adolescent nécessite un placement[119], avoir été victime d'abus physiques ou de violence sexuelle dans le passé, avoir des comportements sexualisés, avoir un

---

[114] D. Finkelhor, 1994; F. E. Mennen et D. Meadow, 1994, dans A. Hamelin *et coll.*, *op. cit.*, p. 18-19.

[115] ACJQ, 2010, *op.cit.*, p. 21.

[116] Tiré de : QUÉBEC, MSSS., *Guide d'intervention médicosocial : Pour répondre aux besoins des victimes d'agression sexuelle, enfants, adolescentes, adolescents, femmes et hommes,* Québec, 2010, p. 21.

[117] M. Hébert, M. Cyr et M. Tourigny, 2011, *op.cit.,* p. 35.

[118] Principalement tiré de M. Hébert, M. Cyr et M. Tourigny., 2011, *op. cit.,* p. 34 à 36.

[119] International Rescue Committee. *Caring for child survivors of sexual abuse : Guidelines for health and psychosocial service providers in humanitarian settings*. New York, UNICEF. 2012. p. 25.

handicap physique ou un dysfonctionnement intellectuel, par exemple une incapacité à percevoir la différence entre des touchers affectueux et des touchers sexuels, une incapacité de générer des solutions de défense que ce soit sur le plan cognitif ou sur celui des compétences sociales, une peur de contrarier une personne en autorité qui fait des avances sexuelles.

2.1.5.2 Facteurs de protection reliés aux abus sexuels

Les facteurs de protection sont un ensemble de caractéristiques qui augmentent les probabilités que l'enfant soit protégé contre les abuseurs et les mauvais traitements en général[120].

Facteurs environnementaux et communautaires

- Avoir un réseau d'amis et d'adultes sains dans l'entourage;
- Participer à des activités de loisir;
- Utiliser les ressources du quartier : services, activités collectives, groupes de soutien, d'entraide, etc.;
- Avoir un faible taux de tolérance à la violence dans la société.

Facteurs familiaux

- Être une famille biparentale biologique;
- Présenter une qualité dans la relation parents/adolescent; climat harmonieux, soutien aux adolescents, relation d'attachement, modèles d'adultes adéquats, etc.;
- Avoir une qualité de communication dans la famille;
- Avoir des règles et des frontières bien établies;
- Reconnaître et traiter les situations antérieures de maltraitance et d'abus.

Facteurs individuels

- Être un adolescent de sexe masculin;
- Être capable d'établir des relations interpersonnelles adéquates, avoir une bonne estime de soi, avoir des

[120] Centre jeunesse de la Montérégie, 2007, dans S. Young et L. Durocher, 2010, *op. cit.*, p. 29.

habiletés intellectuelles, avoir un bon rendement scolaire et avoir des compétences sociales;

- Avoir reçu une éducation sexuelle saine et adaptée.

Attention



La plupart des indices ne sont ni sensibles ni spécifiques.

Certains indices sont plus importants que d'autres.

Le cumul des indices est important.

Parfois, il n'y a pas d'indices ou encore ceux-ci ne sont pas apparents au premier abord.

2.1.6 Les préconditions à l'abus sexuel

Il existe également des facteurs de risque de commettre un abus sexuel. Finkelhor et Brown (1985) suggèrent un cadre d'analyse dans lequel quatre conditions doivent être présentes pour que l'abus puisse se produire. Saisir ces quatre préalables permet une meilleure compréhension de la problématique qui pourra guider l'intervenant dans son accompagnement auprès de la victime, de l'abuseur et de son entourage.

LES QUATRE PRÉCONDITIONS À L'ABUS[121]

Les quatre conditions doivent être présentes pour qu'il y ait un abus :

1. L'abuseur potentiel **doit avoir un désir, une motivation, un besoin d'abuser sexuellement d'un adolescent.** Il peut avoir besoin de satisfaire ses propres besoins sexuels, ses besoins d'affection, de domination ou encore vouloir se sentir important, connaissant, admiré et désiré. Les pensées sexuelles déviantes ne suffisent toutefois pas en elles-mêmes à constituer un délit sexuel, il faut également surmonter d'autres obstacles pour contrevenir à la loi[122].
2. L'abuseur potentiel **doit surmonter ses inhibitions internes reliées à sa motivation initiale**. Plusieurs mécanismes peuvent avoir une fonction désinhibitrice telle qu'une faible empathie à l'égard de l'enfant, des distorsions cognitives, l'abus de drogue

---

[121] Tiré de : David Finkelhor. *Child sexual abuse*. Free Press, New York, Chap. 5. 1984. Traduit par Thomas Lebeau dans Sentiers : un cahier de travaux pratiques pour les jeunes en traitement. Parents-Unis Repentigny, Québec dans S. Young et L. Durocher, 2010, *op. cit.,* p. 44.

[122] ACJQ, 2000, *op. cit.*, p. 32.

ou la consommation excessive d'alcool. L'abuseur devra abattre les barrières internes érigées contre l'abus pour éviter un problème de conscience[123].

3. L'abuseur potentiel **doit vaincre des obstacles extérieurs et environnementaux afin de pouvoir commettre l'abus**. Ses stratégies consistent à se rapprocher physiquement et psychologiquement de la victime : pratiquer un métier ou des activités qui le mettent en contact avec des jeunes, choisir une conjointe qui a des filles dont l'âge et le profil se rapprochent de ses victimes de choix, rechercher à passer des moments seul avec le ou la jeune, isoler la famille, etc.
4. L'abuseur potentiel **doit réussir à miner ou à vaincre la résistance de l'adolescent à l'abus**. Pour y parvenir, il doit employer une panoplie de stratégies : relation de confiance, manipulation séductrice, conditionnement de la victime à accepter les gestes sexuels, récompenses, menaces psychologiques, violence physique, etc.

Une fois que toutes les étapes de l'acte abusif sont franchies, l'abuseur doit s'assurer de maintenir le secret. Pour ce faire, différentes stratégies sont utilisées par la personne qui abuse. « En plus des menaces, des promesses, des récompenses et des échanges de faveurs, l'agresseur utilise sa relation affective particulière avec l'adolescent pour s'assurer de sa discrétion[124]. » Par exemple, en amenant l'adolescent à se sentir coupable et responsable des conséquences d'un dévoilement : éclatement de la famille, emprisonnement de l'abuseur, perte d'emploi, rejet de l'enfant de sa famille, placement, honte pour toute la famille, etc. Également, il arrive que rien de spécifique ne soit dit à l'adolescent pour lui imposer le silence, mais il est toutefois mal à l'aise de dévoiler la situation par crainte d'avoir des reproches, de faire de la peine à sa mère, de briser les liens familiaux, etc.

2.1.7 Conséquences : réactions et séquelles

Les conséquences d'une agression sexuelle comprennent les réactions et les séquelles. Les réactions sont généralement immédiates, souvent prévisibles et limitées dans le temps. Les séquelles sont, pour leur part, plus profondes, elles sont souvent le prolongement des difficultés entraînées par les réactions[125].

[123] ACJQ, 2000, *op. cit.*, p. 32.

[124] J.-S. Rycus et R.-C. Hughes, *op. cit.,* p. 198.

[125] QUÉBEC, MSSS, *Guide d'intervention médicosocial : pour répondre aux besoins des victimes d'agression sexuelle, enfants, adolescentes, adolescents, femmes et hommes.* 2010. *op. cit.*, p. 16.

Les réactions, conséquences et séquelles sont autant d'indices d'observation en vue du dépistage des abus sexuels.

Bien que les différentes études identifient une liste de séquelles à la suite d'un abus sexuel de même qu'à plus long terme, il faut savoir que :

- **Les jeunes peuvent réagir différemment** selon les différents éléments qui composent la réalité de leur abus sexuel (variables, personnelles, familiales, environnementales et celles plus spécifiquement liées à l'abus sexuel). Les symptômes peuvent varier grandement, de totalement asymptomatiques à de sévères difficultés d'adaptation;
- **Concernant les jeunes asymptomatiques**, le pourcentage varie de 15 % à 45 % selon les différentes études;
- **Les séquelles associées à l'abus sexuel sont assez similaires à celles associées à d'autres formes d'abus ou de négligence**. Les comportements sexuels problématiques chez les 0 à 12 ans et les symptômes de stress post-traumatique sont, sans leur être exclusifs, plus répandus chez les victimes d'abus sexuels;
- **La variation des séquelles est liée à de multiples facteurs :** l'âge au moment de l'abus, le sexe de la victime, le type d'abus, l'identité de l'abuseur, son sexe, sa proximité relationnelle avec la victime, la présence ou non d'abuseurs multiples, la présence ou non de violence, le nombre, la fréquence et la durée de l'abus, les stratégies d'adaptation et l'évaluation cognitive de l'adolescent, le soutien parental et environnemental, etc.

2.1.7.1 Les réactions à la suite du dévoilement de l'abus sexuel

L'indice le plus révélateur de l'abus sexuel est somme toute le dévoilement. Il doit être pris au sérieux et signalé à la DPJ.

Le dévoilement d'un abus sexuel réfère à un processus complexe qui peut se faire directement par les révélations du jeune ou indirectement par des témoins ou par des indices liés à une conséquence de l'abus sexuel (ITS). La capacité du jeune à dévoiler un abus sexuel est influencée par différents facteurs incluant l'âge, le sentiment de sécurité, le soutien de son entourage, les ressources disponibles, etc. Il est aussi probable que le jeune teste d'abord les réactions de l'entourage avant de s'engager dans le dévoilement de l'abus sexuel[126].

Les événements qui à la fois précèdent et surviennent à la suite du dévoilement de l'abus sexuel influencent également ce processus qui se

[126] International Rescue Committee. *op. cit.,* p. 26.

compose d'un « mélange de dénégations, de révélations complètes ou partielles et de rétractations de la part de la victime[127] ».

Bien que les réactions proposées dans la prochaine section puissent s'appliquer tant aux abus sexuels intrafamiliaux qu'extrafamiliaux, les abus sexuels intrafamiliaux et extrafamiliaux chroniques (retournent toujours voir son voisin ou proxénète) impliquent souvent une dysfonction familiale plus grande et ont une plus grande incidence chez l'adolescent.

Les réactions initiales de l'adolescent[128]

Ces réactions peuvent aussi survenir si l'abus sexuel n'a pas encore été dévoilé ou si le dévoilement s'effectue plusieurs mois ou plusieurs années après l'abus sexuel.

Cette période se situe de quelques jours à quelques semaines suivant l'abus sexuel. Dans les premiers jours, l'intensité des émotions est plus marquée et par la suite, la victime sort d'un état de choc et désire peu à peu reprendre sa vie normale. Il importe d'évaluer si ces réactions étaient présentes ou non avant l'abus sexuel. Par exemple, si l'adolescent avait l'habitude de se fâcher contre les autres et qu'il fait de même après l'abus sexuel, c'est une réaction « normale » pour lui, il n'est pas nécessairement en difficulté[129].

Sentiments et comportements extériorisés

- Colère et agressivité dirigées vers l'abuseur ou les figures de protection de l'entourage;
- Colère ou agressivité manifestées envers l'entourage pour des choses banales;
- Euphorie « Je suis en vie ».

Sentiments et comportements intériorisés

- Peurs intenses : peur de rester à l'intérieur, de la foule, d'être seul, des individus qui ressemblent à l'agresseur, des odeurs qui évoquent l'agression;
- Peur de se retrouver seul avec l'agresseur : élaboration de scénarios d'évitement, cognitions mobilisées surtout sur ces scénarios plutôt que sur l'apprentissage scolaire par exemple;
- Désorganisation, anxiété;

---

127 QUÉBEC, MSSS, M. Tourigny, et M. L. & Guillot, Conséquences entourant la prise en charge par les services sociaux et judiciaires des enfants victimes d'agression sexuelle. Québec : ministère de la Santé et des Services sociaux. 1999. p. 29.

128 Inspiré de : MSSS., *Guide d'intervention médicosocial : pour répondre aux besoins des victimes d'agression sexuelle, enfants, adolescentes, adolescents, femmes et hommes. op. cit.*, 2010, p. 22-23.

129 J.-Y. Frappier, *op. cit.*, p. 60.

- Peur des relations sexuelles;
- Honte et humiliation;
- Dépression, état de déprime : désespoir, état de vide;
- Sentiment d'être incompris, de ne pas avoir été entendu et protégé;
- Diminution du seuil de tolérance dans les situations perçues comme étant une menace à sa sécurité et à son intégrité physique (ne pas aimer se faire toucher, figer lorsqu'un inconnu demande l'heure);
- Sentiment de culpabilité pour ce qu'il ou elle n'a pas fait (ne pas lui avoir dit d'arrêter, ne pas avoir crié, ne pas s'être débattu) ou pour ce qu'il ou elle a fait (avoir accepté une invitation ou le cadeau offert, avoir ressenti un plaisir corporel ou sexuel, avoir ouvert la porte à un inconnu);
- Sentiments liés à la perte d'intégrité (se sentir mort à l'intérieur, se sentir sali);
- Pleurs;
- Questionnements et confusion au niveau de l'identité ou de l'orientation sexuelle;
- Craintes pour ses relations affectives ou sexuelles futures;
- Etc.

Un examen médical normal n'exclut pas la possibilité d'un abus sexuel.

Ces différentes réactions à la suite du dévoilement de l'abus sexuel peuvent entraîner des questionnements ou des malaises chez l'intervenant. Si tel est le cas, il est important, après en avoir discuté avec l'adjoint clinique ou le spécialiste en activités cliniques et le chef de service, de faire appel à un consultant de la coordination du soutien clinique spécialisé (CSCS) afin qu'il apporte un éclairage supplémentaire à la situation.

Il est important de savoir que si les réactions initiales durent plus d'un mois, il pourrait s'agir d'un trouble de stress post-traumatique (TSPT)[130]. Le diagnostic du TSPT est un acte réservé à certains professionnels mandatés à cet effet. Toutefois l'intervenant peut, à l'aide de ses observations, en favoriser le dépistage et éviter qu'un tel trouble ne se cristallise et devienne chronique[131].

L'intervenant à l'application des mesures pourra, en discutant avec le consultant CSCS et le chef de service, évaluer la pertinence

130 DSM-5 Diagnostic and statistical manual of mental disorders fifth edition, 2013.

131 À noter qu'on parle d'un TSPT chronique lorsque certains symptômes durent plus de trois mois.

d'administrer l'outil clinique Trauma Symptom Checklist for Children (TSC-C) à l'adolescent. L'analyse des résultats de cet outil permettra de donner des indices sur la présence, entre autres, d'un trouble de stress post-traumatique (TSPT). L'annexe 3 présente des comportements observables liés aux TSPT afin de les dépister et d'en suivre l'évolution.

SYMPTÔMES PHYSIQUES

Ces symptômes peuvent se manifester lorsqu'il y a eu abus sexuel :

- Sentiment de douleurs généralisées ou précises;
- Manifestations des symptômes particuliers correspondant aux gestes sexuels commis;
- Contact oral : maux de gorge, douleur dans la bouche;
- Contact vaginal : pertes vaginales, démangeaisons, sensation de brûlure au moment de la miction;
- Contact anal : douleurs, saignements;
- Perte d'appétit, insomnie, cauchemars, problèmes de concentration;
- Nausées, désordres gastriques, maux de tête, malaises;
- Etc.

Il est important d'accueillir les réactions initiales face au dévoilement.

Si en tant qu'intervenant des malaises sont identifiés, on doit aller chercher de l'aide pour objectiver la situation.

Les réactions initiales du parent non abuseur

Les réactions initiales du parent non abuseur peuvent prendre différentes formes, en voici quelques exemples :

- Croire son adolescent;
- Prendre les moyens pour protéger son adolescent;
- Hostilité envers l'abuseur;
- Doute, blâme ou hostilité envers l'adolescent;
- Déni;
- Détresse psychologique : dépression, anxiété, sentiment d'échec, d'incompétence;
- Etc.

La majorité des mères croit en la véracité des faits rapportés par leur enfant et à court terme, 75 % d'entre elles entreprennent des démarches concrètes contre l'abuseur[132]. Les données concernant les pères sur ce sujet sont peu nombreuses.

[132] J. Wright et coll., 1997 dans ACJQ. 2010, *op. cit.*, p. 27.

Les réactions initiales de la fratrie

Le rôle de la fratrie est non négligeable dans les situations d'abus. Selon les situations, les réactions peuvent prendre la forme suivante :

- Peur d'être abusé;
- Honte du parent abuseur;
- Perte de confiance, de l'image idéale du parent;
- Sentiment d'être coincé dans un conflit de loyauté;
- Retrait ou silence par peur de l'éclatement de la famille ou de l'incarcération de l'abuseur;
- Compassion, empathie, soutien;
- Accusation, culpabilisation, déni, peur;
- Rivalité, jalousie, moquerie;
- Détresse ou développement de comportements perturbateurs[133];
- Rejet, intimidation, menace;
- Si abus antérieur, reviviscence de l'abus;
- Etc.

La perception qu'a l'adolescent du soutien qu'il reçoit et la qualité du climat familial (expression affective des parents, cohésion familiale, conflits, violence familiale) offrent une bonne prédictivité de la manifestation de *séquelles.*

Les conséquences d'un abus sexuel peuvent entraver le développement de l'enfant et de l'adolescent et être liées à des conséquences néfastes même à l'âge adulte. En somme, les études démontrent que les adolescents abusés sexuellement connaissent plus de problèmes physiques et psychologiques que ceux qui n'ont pas été soumis à cette forme de mauvais traitement.

Il faut savoir que certains jeunes ont vécu plusieurs types d'abus (sexuel, physique ou sur le plan de la négligence). Dans ces conditions, les conséquences observées ne sont peut-être pas seulement liées à l'abus sexuel, mais au cumul de ces abus et peuvent être encore plus dévastatrices. Comme il est souvent difficile d'identifier les séquelles propres à l'abus sexuel, il faut donc **demeurer alerte dans nos observations et prudents dans nos hypothèses**.

Selon les études, les comportements à risque les plus susceptibles d'être adoptés par les adolescents ayant vécu un abus sexuel sont la consommation d'alcool et de drogues, un certain nombre de conduites

---

[133] QUÉBEC, MSSS., *Guide d'intervention médicosocial : pour répondre aux besoins des victimes d'agression sexuelle, enfants, adolescentes, adolescents, femmes et hommes, 2010, op. cit.*, p. 27; C. Bédard. *Les phases de traitement de l'abus sexuel intrafamilial,* diaporama, Montréal, février 2012. (Document interne).

sexuelles risquées, les comportements délinquants et les comportements autodestructeurs[134].

Attention



À cet effet, nous avons consacré une section complète aux conduites à risque les plus susceptibles d'être adoptées par les adolescents ayant vécu un abus sexuel.

Afin d'améliorer notre compréhension du développement des possibles séquelles chez les jeunes ayant vécu un abus sexuel, les deux prochaines sections proposent deux modèles qui nous permettent de comprendre la variabilité dans la manifestation des séquelles. Un premier modèle transactionnel, celui de Spaccarelli, explique la variabilité dans la manifestation des séquelles en mettant l'emphase sur l'interaction de différents éléments. Ainsi, l'individu et son environnement, les stratégies d'adaptation et les attributions cognitives peuvent influencer le développement ou non des séquelles à la suite d'un abus sexuel. Le deuxième modèle proposé, celui de Finkelhor et Brown, bien qu'il traite également de la variabilité des séquelles, précise davantage les différentes séquelles développées en fonction de la nature de quatre traumatismes liés à l'abus sexuel.

2.1.7.2 La variabilité dans la manifestation des séquelles

Les séquelles à la suite d'un abus sexuel sont variables et multiples et malgré le fait que bon nombre d'enfants et d'adolescents présentent des séquelles, plusieurs d'entre eux sont asymptomatiques. Le modèle transactionnel de Spaccarelli aide à mieux comprendre la variabilité dans la manifestation des séquelles en mettant en lien une série d'interactions personne/environnement. Le développement de l'enfant et de l'adolescent se réalise à travers une série d'interactions entre l'individu et son environnement. Comme l'environnement n'est pas statique, il peut changer et ainsi influencer les ressources et les compétences de l'enfant ou de l'adolescent. Cette série d'interactions orientent la trajectoire développementale de l'enfant ou de l'adolescent vers une santé psychologique ou vers la psychopathologie. C'est pourquoi l'abus sexuel ne peut être strictement envisagé sous l'angle de la description de ses caractéristiques, mais doit également être considéré en regard de son impact sur l'environnement familial et

---

[134] J. Wright, C. Cinq-Mars, M. Cyr, P. Mc Duff. « L'état des connaissances à l'égard des comportements à risque des adolescentes ayant vécu un abus sexuel ». *Revue de psychoéducation,* vol. 2, 2006, p. 318; M. Hébert, M. Cyr et M. Tourigny, 2011, *op. cit.*, p. 162.

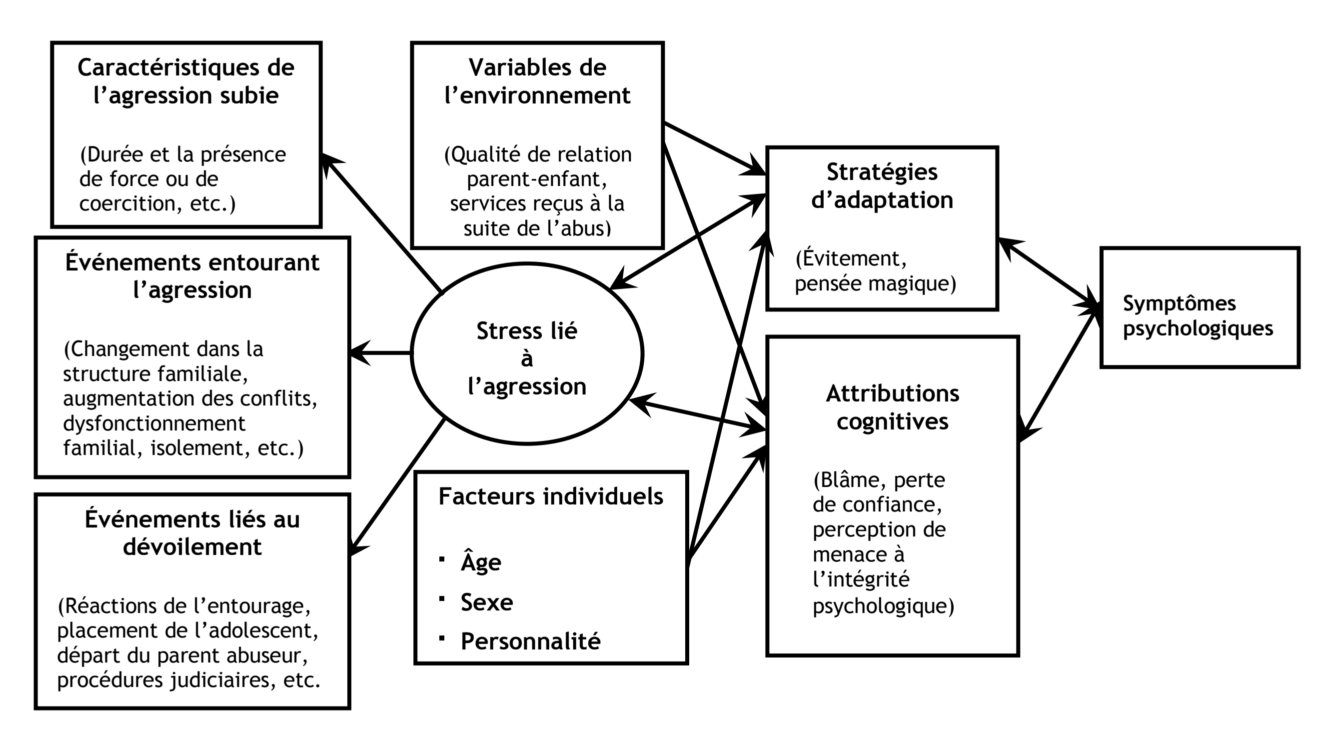
plus largement sur la communauté. Selon ce modèle, trois grandes catégories de facteurs agissent sur la variabilité des séquelles :

1- Le stress lié à l'abus sexuel déterminé par :

- Les caractéristiques de l'abus (durée, présence de force ou de coercition);
- Les événements entourant l'abus (changement dans la structure familiale, augmentation des conflits, dysfonctionnement familial, isolement);
- Les événements liés au dévoilement de l'abus (réactions de l'entourage, placement de l'adolescent, départ du parent abuseur, procédures judiciaires).

2- Les caractéristiques individuelles de la victime (sexe, personnalité, niveau de développement).

3- L'environnement (qualité de la relation parent-enfant, des services reçus).



Modèle transactionnel[135]

[135] Spaccarelli, « Stress, Appraisal, and Coping in Child Sexual Abuse : A Theoretical and Empirical Review », *Psychological Bulletin*, vol. 116, n°2, 1994, p. 344.

Le modèle transactionnel de Spaccarelli suggère que les trois grandes catégories citées influent sur l'évaluation cognitive (perception de blessure physique ou psychologique, attribution de blâme, perte de confiance, de relations) de l'adolescent et sur ses stratégies d'adaptation (recherche de soutien, pensée magique, évitement cognitif et contrôle symbolique). L'évaluation cognitive de l'adolescent et ses stratégies d'adaptation agissent comme médiateurs dans l'apparition des conséquences vécues à la suite d'un abus sexuel.

Bien que plusieurs adolescents abusés ne présentent pas de symptômes, l'évaluation des séquelles doit s'effectuer tout au long du processus d'intervention. Les séquelles sont parfois très évidentes, mais parfois elles apparaissent plus tard.

Un autre aspect de ce modèle propose le fait que les variables individuelles ou environnementales peuvent influencer chaque lien de ce modèle étant donné l'effet bidirectionnel entre le stress lié à l'abus sexuel, les stratégies d'adaptation, les attributions cognitives et les symptômes psychologiques. Selon Spaccarelli[136], ce modèle présente donc l'enfant ou l'adolescent dans un contexte transactionnel qui permet une influence entre, d'une part, les pensées et les comportements de l'adolescent à la suite d'un abus sexuel et, d'autre part, d'autres aspects de son environnement, y compris les stresseurs liés à l'abus sexuel.

Il est crucial de mentionner que l'abus sexuel n'entraîne pas nécessairement des attributions cognitives négatives et des stratégies d'adaptation négatives. L'impact de l'abus sexuel dépend aussi de la résilience de la victime et du niveau de soutien social reçu par la victime.

Attention



Ce modèle transactionnel propose différentes composantes liées à la variabilité des séquelles; composantes qui peuvent s'avérer autant de leviers sur lesquels peuvent s'appuyer nos interventions en matière d'abus sexuel.

2.1.7.3 Les séquelles à la suite d'un abus sexuel

Finkelhor et Brown (1985) ont construit un cadre permettant de mieux saisir le processus qui amène les différentes conséquences et séquelles des victimes à la suite d'une agression sexuelle. Selon eux, il existe quatre dynamiques traumatisantes qui modifient la perception cognitive et émotive de l'adolescent en regard de lui-même, du monde qui l'entoure et de ses capacités émotives. Ces dynamiques sont : la sexualisation traumatique, le sentiment d'être trahi, l'impuissance et la stigmatisation. Chaque situation d'abus sexuel est différente et par

[136] S. Spaccarelli, *op. cit.*, p. 344.

conséquent, selon les caractéristiques de l'abus, une des quatre dynamiques peut apparaître prédominante par rapport à une autre. Par exemple, la dynamique de trahison pourrait être plus présente dans une situation où l'agresseur est davantage significatif pour la victime. Si certaines de ces quatre dynamiques peuvent se retrouver dans des situations autres que les abus sexuels, c'est la réunion des quatre dynamiques qui distingue les abus sexuels des autres formes d'abus. « Chaque dynamique peut être présente dans le cas d'autres événements traumatiques, mais la présence simultanée des quatre dynamiques serait propre à l'agression sexuelle[137]. » Aussi, à chacune de ces dynamiques sont associées des séquelles que peuvent vivre les jeunes[138].

---

[137] M. Hébert, M. Cyr et M. Tourigny., 2011, *op. cit*., p. 151.

[138] Inspiré de : ACJQ. 2000, *op. cit.,* p. 33-34 ; M. Hébert, M. Cyr et M. Tourigny., *op. cit.,* p. 151-152; D. Damant. « La dynamique traumatisante des abus sexuels et leurs conséquences à long terme », *Service social*, vol. 42, n°2, 1993, p. 51-61; A Hamelin et coll. *op. cit.,* p. 23-28; C. Bédard, *op.cit*., p. 12-13.

Nature du traumatisme

La sexualisation traumatique

Lors de l'abus, l'enfant ou l'adolescent subit des activités sexuelles qui ne sont pas conformes à son stade de développement, qui transgressent le tabou de l'inceste ou qui posent le problème de consentement. De plus, l'enfant ou l'adolescent peut être récompensé par de l'attention, de l'affection, des privilèges et des cadeaux pour des comportements sexuels inappropriés à son âge. Plusieurs victimes associent des souvenirs bouleversants aux activités sexuelles qui ont pour effet de développer une image de soi sexualisée.

Les séquelles	Des exemples de manifestations concrètes
• Utilisation d'un répertoire de comportements sexualisés pour interagir avec les autres ou obtenir satisfaction à ses besoins (comportements séducteurs inappropriés ou exagérés). • Préoccupations sexuelles inappropriées à leur âge, curiosité sexuelle excessive. • Évitement, aversion, dégoût concernant les activités sexuelles, ou au contraire, comportements sexuels à risque ou des comportements sexuels compulsifs allant jusqu'à la prostitution. • Difficultés avec les frontières au niveau de l'intimité sexuelle, confusion entre affection et sexualité. • Comportements de promiscuité. • Confusion au niveau de l'identité sexuelle et de l'orientation sexuelle. • Inquiétudes face à sa sexualité adulte, risque d'être agressé sexuellement de nouveau, arrêt de croissance et de développement, tendance à se remettre en situation de danger.	• Port de vêtements exagérément sexualisés ou au contraire camouflant les formes, fait des demandes avec des sous-entendus ou des attitudes sexualisées. • Malaise devant les gestes affectueux de son partenaire en se raidissant ou les refusant ou au contraire des activités sexuelles précoces, un nombre élevé de partenaires sexuels, des relations sexuelles non protégées, grossesse non désirée, activités sexuelles en échange de biens. • Envahissement de l'espace physique des autres, raconte sa vie sexuelle sans discrimination du lieu, des gens ou du nombre de personnes. • Fréquentation assidue des bars adultes, accepter régulièrement de se rendre ensuite à l'hôtel. • Peur injustifiée d'une grossesse, difficulté à dire non à une relation non désirée de crainte de perdre une relation amicale, etc.

Le sentiment d'être trahi

À partir du moment où l'adolescent découvre que la personne en qui il avait confiance lui a causé du tort (manipulation, mensonge), il se sent trahi. Ce sentiment de trahison peut également être vécu envers les personnes qui connaissaient la situation et qui n'ont pas réagi ou encore celles qui n'ont pas cru la victime. Cette expérience atteindra sa capacité à faire confiance et à se faire confiance.

Les séquelles	Des exemples de manifestations concrètes
• Plus grand risque de revictimisation. • Sentiment d'isolement, inconfort dans les relations interpersonnelles, difficultés à établir et à maintenir des relations intimes, difficultés à identifier à qui on peut faire confiance, évitement des relations intimes et grande dépendance. • Hostilité, colère, comportements antisociaux, méfiance et réactions dépressives.	• Réponse positive à la sollicitation par des inconnus. • Méfiance ou hostilité envers les personnes qui veulent l'aider. • Insulte ou défi envers le parent non abuseur ou encore demande d'attention démesurée. • Refus de pratiquer une nouvelle activité ou arrêt de celle qui était appréciée, etc.

L'impuissance

Lors de l'abus sexuel, la volonté, les désirs et les perceptions de compétence personnelle de l'adolescent sont violés selon le type d'abus, son corps peut être envahi contre son gré. L'adolescent se sent coincé, pris au piège, et il développe un sentiment d'impuissance et une prédisposition à la victimisation.

Les séquelles	Des exemples de manifestations concrètes
• Peurs, phobies anxiété, dépression, plaintes somatiques, cauchemars. • Vulnérabilité à la revictimisation. • Identification à l'agresseur en réponse à une absence de contrôle vécu, besoin de contrôler. • Hypervigilance, délinquance, problèmes scolaires et fugues.	• Refus de sortir de la maison ou sortir démesurément. • Plaintes en regard de maux physiques, difficulté à dormir. • Attitude dure et contrôlante envers son entourage ou soumission aux désirs de l'autre. • Échange de biens contre des faveurs sexuelles comme prise de contrôle sur l'autre. • Perte de confiance en ses propres moyens. • Refus d'aller à l'école, etc.

La stigmatisation

Cette forme de traumatisme est associée aux messages négatifs envoyés par l'abuseur à l'adolescent (dénigrement, blâme, imposition du silence). Le jeune intègre ces messages qui façonnent insidieusement sa perception de lui-même. Ces messages peuvent également venir de l'entourage qui ne croit pas la victime ou l'accuse de provocation lors du dévoilement ou encore des autorités lors des procédures judiciaires. Ces messages suscitent chez la victime un sentiment de responsabilité en regard de l'abus, des sentiments de honte et de culpabilité.

Les séquelles	Des exemples de manifestations concrètes
• Honte, culpabilité, sentiment d'isolement, sentiment d'être anormal, différent des autres. • Sentiment d'être sale, souillé. • Craint ou provoque le rejet. • Faible estime de soi, dépression. • Comportements autodestructeurs (automutilation, idées et tentatives suicidaires). • Alliance à des groupes marginaux, identification à l'agresseur par refus d'être une victime, délinquance, abus d'alcool et de drogues.	• Arrêt des sorties entre amis, crainte des occasions de socialisation. • Port de vêtements très amples. • Problèmes d'hygiène. • L'adolescent se rétracte après avoir dévoilé un abus sexuel. • Perte d'intérêt pour des activités qui, avant, en suscitaient. • Lacération des poignets, verbalisation d'un désir de mourir. • Implication dans des bagarres comme victime ou agresseur, fugue. • Relations sexuelles en échange de drogue, etc.

Afin d'inscrire notre compréhension dans une perspective plus large, les séquelles possibles à la suite d'un abus sexuel sont présentées pour les nourrissons, les enfants d'âge préscolaire et scolaire en annexe 4[139]. À noter que les données des tableaux présentés à l'annexe 4 peuvent aussi se présenter chez des enfants ayant subi d'autres types de mauvais traitements ou parfois même chez des enfants n'ayant pas vécu de mauvais traitements.

[139] I. Iasenza. *Programme en abus physique, Volet 0-11 ans* dans S. Young et L. Durocher, 2010, *op. cit.,* p. *36-37*.

2.1.8 Garçons ou filles, mêmes conséquences?[140]

Les recherches suggèrent que les conséquences liées à l'abus sexuel chez les garçons sont comparables à celles retrouvées chez les filles. S'il existe une différence, la littérature suggère que les conséquences liées à des problèmes extériorisés se retrouvent davantage chez les garçons (agression vers les autres), alors que chez les filles, ce sont les conséquences liées aux problèmes intériorisés (comportements autodestructeurs ou dépression) qui sont prépondérantes[141].

Si les conséquences à la suite d'un abus sexuel semblent similaires indépendamment du genre, certains éléments liés au rôle masculin viennent toutefois les influencer lorsque l'abus sexuel est subi par un garçon. À titre d'exemple, le préjugé selon lequel l'homme doit être capable de se défendre peut amener l'adolescent à croire qu'il n'est pas un « vrai homme ». Également en recherchant les raisons et le sens des gestes d'abus qui ont été commis envers lui, l'adolescent peut se questionner si c'est parce qu'il a pu paraître homosexuel.

La majorité des abuseurs sexuels sont des hommes; la probabilité que l'adolescent ou l'adolescente soit abusé par un homme est donc très élevée. La question de la conséquence possible d'une confusion en regard de l'orientation et de l'identité sexuelle se pose à la fois chez l'adolescent et chez l'adolescente, mais de façon différente. Chez l'adolescent, la confusion peut être attribuée entre autres, au fait que l'abus a été perpétré par une personne du même sexe alors que chez l'adolescente, la confusion peut être générée par le dégoût généralisé envers le sexe opposé. L'excitation physiologique ou le plaisir ressenti au cours de l'abus sexuel sont d'autres éléments qui peuvent ajouter au sentiment de confusion en regard de l'identité ou de l'orientation sexuelle. L'adolescent(e) sait ou pressent aussi que ses parents ou ses proches peuvent se poser la question de l'homosexualité, parfois devant lui ou elle, augmentant ainsi son malaise et son anxiété.

Ces préjugés viennent amplifier les sentiments de honte, de culpabilité et d'isolement que peut vivre l'adolescent. Ces préjugés peuvent aussi expliquer en partie le fait qu'encore trop peu de filles et de garçons dévoilent avoir vécu un abus sexuel.

---

[140] Section inspirée de QUÉBEC, MSSS. *Guide d'intervention médicosocial : Pour répondre aux besoins des victimes d'agression sexuelle, enfants, adolescentes, adolescents, femmes et hommes,* Québec, 2010, *op. cit.,* p. 25-26 et J.-S. Rycus et R.-C. Hugues, *op. cit.*, p. 210-211.

[141] J. Brière et R. Marsha. "Childhood Sexual Abuse Long-Term Sequelae and Implications for Psychological Assessment." *Journal of Interpersonal Violence*, vol. 8, n°3, 1993, p. 312.

2.1.9 Mythes et réalités[142]

Plusieurs préjugés et fausses conceptions sur le comportement des femmes en lien avec les agressions sexuelles sont encore véhiculés dans notre société actuelle. Ces fausses croyances cautionnent les différentes formes d'abus sexuels commis à l'endroit des femmes et des enfants et tendent à blâmer les victimes. Elles servent parfois à justifier ou mettre en doute la réalité des abus sexuels et même banaliser cette forme de violence. Il ne faut surtout pas oublier que des garçons sont également victimes d'abus sexuel et font aussi face à de nombreux préjugés. L'intervenant doit être au courant de la différence entre les mythes et la réalité concernant l'abus sexuel. Les croyances et les attitudes de l'intervenant doivent y être confrontées afin de ne pas reproduire ces mythes[143]. Il est donc important de défaire tout mythe et préjugé pouvant justifier ou encourager l'abus sexuel et minimiser ses conséquences. C'est pourquoi nous présentons certains mythes et transmettons la réalité ainsi que certaines informations importantes.

MYTHES À PROPOS DES ADOLESCENTS OU DES ADOLESCENTES AYANT VÉCU UN ABUS SEXUEL

Les mythes sur les victimes ont pour but de les rendre responsables de l'événement et de limiter leur liberté d'être et d'agir.

Mythe :

- Les adolescents(es) doivent détester leur abuseur.

Réalité :

- Une des grandes difficultés dans l'abus intrafamilial provient du fait que la victime est coincée entre le sentiment d'avoir été trahie par l'agresseur et l'amour qu'elle lui porte.

Mythe :

- Les adolescents(es) qui éprouvent une excitation sexuelle et même un orgasme pendant l'agression sexuelle sont consentants(es) puisqu'ils ou elles y ont ressenti du plaisir.

Réalité :

- Peu importe la stimulation sexuelle ressentie, elle ne signifie pas que la victime était consentante. L'abuseur utilise d'ailleurs souvent la situation pour dire à l'adolescent(e) qu'il ou elle a souhaité et aimé les gestes et il l'enferme dans le silence.

---

142 S. Young et L. Durocher, 2010, *op. cit.,* p. 33.

143 International Rescue Committee, *op. cit*., p.52.

L'intervenant doit être au courant de la différence entre les mythes et la réalité concernant l'abus sexuel et y confronter ses croyances et ses attitudes (IRC. p. 52.)

Mythe :

- Un adolescent(e) agressé(e) sexuellement deviendra lui-même ou elle-même une personne qui abuse.

Réalité :

- Chez certaines victimes, le risque de devenir un agresseur sexuel constitue une inquiétude[144]. Une certaine proportion (de 5 à 10 %) des garçons victimes d'abus sexuel, ainsi qu'une portion minime de filles victimes commettent éventuellement des agressions sexuelles[145]. La probabilité que la victime devienne agresseur varie selon le sexe[146] et certains facteurs augmentent le risque : la sévérité des abus vécus, le conditionnement de la réponse sexuelle de la victime, la perturbation du milieu, l'empathie sous-développée, etc.

MYTHES À PROPOS DES ADOLESCENTES OU DES FEMMES

Mythe :

- Il est pratiquement impossible d'agresser une adolescente non consentante.

Réalité :

- Ce mythe impute à l'adolescente la responsabilité d'avoir été agressée, alors que les agresseurs utilisent leur autorité, la violence ou la menace et même dans certains cas, des médicaments ou des drogues pour contraindre leur victime. Plusieurs adolescentes chercheront à éviter d'être blessées davantage en demeurant passives, d'autres peuvent être paralysées par la peur. Il est donc évident qu'il est possible d'agresser sexuellement une adolescente non consentante et qu'il n'est pas nécessaire qu'il y ait des marques physiques pour prouver une agression sexuelle.

Certains abuseurs justifient leurs actes en prétendant avoir voulu faire l'éducation sexuelle de leur adolescent.

Mythe :

- Les adolescentes portent souvent de fausses accusations.

Réalité :

- Les statistiques démontrent qu'il n'y a pas plus de fausses accusations d'agressions sexuelles qu'il n'y en a pour d'autres crimes. Il s'agit plutôt d'exceptions que de généralités.

---

[144] R. Pauzé et J. Mercier, 1994, dans ACJQ., 2010, *op. cit.*, p. 29.

[145] E. Gil et T. Johnson, 1993 et W. N. Friedrich, 1990, dans ACJQ, 2010, *op. cit.*, p. 29.

[146] D. Finkelhor et A. Browne, 1985, dans ACJQ, 2010, *op. cit.*, p. 29.

Mythe :

- Seules les « adolescentes faciles » sont victimes de violence sexuelle.

Réalité :

- Toutes les manifestations de cette soi-disant provocation ne peuvent être interprétées comme une invitation à une agression sexuelle et ne constituent en rien des provocations, que ce soit le fait de faire de l'autostop, de sortir tard le soir, de consommer de l'alcool ou des drogues, de s'habiller d'une manière séduisante, de vouloir établir une relation avec un homme ou d'accompagner un homme à son domicile.

MYTHES À PROPOS DES ADOLESCENTS

Mythe :

- Un adolescent agressé sexuellement deviendra homosexuel.

Réalité :

- L'orientation sexuelle d'une personne est une réalité complexe et aucune théorie ne parvient à expliquer de manière satisfaisante ce qui amène une personne à se définir comme hétérosexuelle, homosexuelle ou bisexuelle. Cependant, l'expérience sexuelle prématurée et répétée, imposée par un homme, entraîne une confusion dans l'identité et l'orientation sexuelle de l'enfant ou de l'adolescent qui la subit. Certains garçons croient à tort qu'ils attirent les hommes et qu'ils doivent donc être homosexuels.

Mythe :

- Un adolescent ne peut être abusé parce qu'il est capable de se défendre physiquement.

Réalité :

- La force physique n'est pas en cause. L'abuseur arrive à manipuler sa victime pour arriver à ses fins. S'il estime que l'adolescent peut se défendre physiquement ou s'opposer ou refuser, il utilisera tous les moyens pour agresser : autorité, séduction, manipulation, menace, chantage, etc.[147]

Mythe :

- L'adolescent abusé sexuellement par une femme plus âgée n'est pas réellement une situation d'abus sexuel mais plutôt une initiation à la sexualité.

---

[147] J.-Y., Frappier, *op. cit.*, p. 29 et S. Young et L. Durocher, 2010, *op. cit.*, p. 43.

Réalité :

- L'abus sexuel est un acte de contrôle et de violence imposé par le pouvoir, l'utilisation de la force, de la contrainte ou sous la menace implicite ou explicite. L'abus sexuel est imposé à un adolescent qui ne possède ni le développement psychosocial, ni le développement psychosexuel pour y faire face librement, que ce soit un garçon ou une fille. Les conséquences possibles de l'abus sexuel sont aussi graves pour l'adolescent que pour l'adolescente.

MYTHES À PROPOS DES PERSONNES AYANT COMMIS UN ABUS SEXUEL

Mythe :

- Les abus sexuels sont perpétrés par des hommes inconnus de la victime, poussés par des pulsions sexuelles incontrôlables ou par des psychopathes ou sociopathes.

Réalité :

- L'abus sexuel est un acte de violence et non de sexualité impulsive. Tout adulte est capable de contrôler ses désirs sexuels ou d'avoir des activités sexuelles sans violence ni contrainte. Souvent, l'abuseur est un homme qui connaît sa victime, qui partage sa vie avec une partenaire avec qui il exprime sa sexualité. C'est un homme qui la plupart du temps semble normal.

Mythe :

- Les hommes qui agressent des garçons sont homosexuels.

Réalité :

- Les hommes qui agressent des garçons n'ont pas obligatoirement une orientation homosexuelle, plusieurs d'entre eux sont d'orientation hétérosexuelle ou bisexuelle.

2.1.10 Pourquoi les abus sexuels ne sont pas toujours dévoilés ou difficiles à dévoiler?[148]

Les victimes d'agression sexuelle, peu importe leur âge, ne dévoilent pas et ne racontent pas toujours ce qui leur est arrivé, elles peuvent même se rétracter après un dévoilement. Il est très difficile pour les victimes de dévoiler un abus sexuel, plusieurs raisons peuvent l'expliquer :

- Les victimes éprouvent de la difficulté à initier un dialogue;

[148] J.-Y. Frappier, *op. cit.*, p. 29.

- Les victimes craignent l'agresseur et ont peur des représailles;
- Les victimes ont l'impression d'être seules à vivre une telle situation;
- Elles ont honte de ce qui leur arrive, se sentent coupables;
- Elles craignent les commentaires désobligeants, ont peur d'être rejetées, de ne pas être écoutées;
- Elles ont peur de ne pas être crues;
- Elles n'ont pas été écoutées ou ont été découragées dans leurs tentatives de dévoiler l'agression sexuelle;
- Elles ont l'impression d'être responsables de ce qui leur arrive;
- Elles craignent d'être accusées d'avoir consenti aux activités sexuelles ou de les avoir provoquées;
- Elles craignent les démarches judiciaires ou ne croient pas pouvoir obtenir justice;
- Elles ont parfois des sentiments confus envers l'abuseur; elles peuvent l'aimer et le détester à la fois (sauf dans le cas d'agressions sexuelles par des étrangers) et craindre qu'une dénonciation amène l'incarcération de l'abuseur;
- Elles ne veulent pas, dans les situations d'abus intrafamilial, être responsables de l'éclatement de la famille en dévoilant leur secret, craignant de perturber la vie de leurs proches;
- Elles ont peur de la réaction de leurs parents (les décevoir), craignent de perdre l'autonomie acquise en raison d'une désobéissance à une consigne ou à une mise en garde ou craignent de jeter la honte sur leur famille;
- Elles veulent protéger les parents qui sont parfois dans des périodes difficiles de leur vie (divorce, dépression, maladie, etc.);
- Elles ne sont pas certaines que ce qui se passe soit anormal;
- Les victimes craignent d'être identifiées comme homosexuelles;
- Les victimes ont peur d'être identifiées comme agresseur potentiel;
- Elles pensent qu'elles n'ont pas vécu d'abus parce qu'elles ont éprouvé du plaisir (orgasme, lubrification, érection, etc.);
- Elles ne savent pas où, ni à qui s'adresser;
- Etc.

Plusieurs de ces raisons peuvent aussi expliquer pourquoi l'adolescent se rétracte après avoir dévoilé un abus sexuel.

2.1.11 Abus sexuel et communautés culturelles

Des variantes existent à l'intérieur d'un même groupe culturel au même titre qu'il en existe entre différents groupes culturels. En effet, tous les membres d'une même communauté ethnoculturelle ne partagent pas nécessairement la même vision, les mêmes valeurs et le même sens donné à différents comportements.

De plus, aucun groupe culturel ne se définit par une seule valeur, une seule vision et un seul sens donné aux comportements. Par exemple, la honte liée à l'abus sexuel n'appartient pas qu'à un seul groupe culturel. C'est le poids accordé à chaque valeur, vision et comportement par chaque groupe culturel et même par chaque famille qui a un impact sur le dévoilement de l'abus sexuel ou sur le processus d'intervention en matière d'abus sexuel[149].

Tout comme la population en général, les personnes issues des communautés ethnoculturelles peuvent vivre dans un contexte qui rend plus difficile le dévoilement d'un abus sexuel. À titre d'exemple :

- La difficulté d'admettre l'abus sexuel tant par le parent abuseur que par le parent non abuseur et l'adolescent victime;
- La façon de parler des abus sexuels, le symbolisme utilisé pour le faire, tout l'univers du non-dit et le fait que la reconnaissance de l'abus ne passe pas nécessairement par les mots;
- La protection de la famille et de la communauté de la honte;
- Le malaise d'exposer le groupe à une situation embarrassante;
- La protection de la réputation et de l'honneur de l'adolescent et de la famille.

Il ne faut jamais perdre de vue que l'inceste parent/enfant est un tabou universel.

D'autre part, certaines valeurs partagées par des groupes culturels peuvent s'avérer des facteurs de protection et des leviers d'intervention. À titre d'exemple :

- La supervision et le soutien de la famille élargie offrent un réseau de surveillance et de soutien;
- L'importance attribuée à la figure maternelle et à ses enfants augmente leur protection;
- La relation étroite entre la mère et ses enfants peut favoriser le dévoilement et offrir un soutien à l'adolescent. Le soutien

[149] L.-A. Fontes et C. Plummer. « Cultural Issues in Disclosures of Child Sexual Abuse » *Journal of Child Sexual Abuse,* 2010, p. 496.

maternel est considéré comme un élément de résilience important en regard de l'abus sexuel[150].

Lorsque les abuseurs invoquent des raisons religieuses ou culturelles pour justifier leur comportement abusif, dans la plupart des cas cela ne veut pas dire que le groupe religieux ou culturel auquel ils appartiennent pardonne et permet l'abus. À cet effet, il ne faut jamais perdre de vue que l'inceste (parent/enfant) est un tabou universel.

Par ailleurs, les intervenants peuvent être confrontés à des codes de conduite dans le domaine de la sexualité qui les amènent à se questionner. Il est important de déterminer si ce qui est observé est tout simplement une façon différente de se comporter ou si c'est une pratique qui compromet la sécurité et le développement de l'enfant.

Afin d'être sensible, outillé et pertinent, il importe pour l'intervenant de :

- Connaître les valeurs, le contexte historique, le code de conduite, les traditions et la façon d'envisager la vie du groupe culturel;
- Comprendre la façon dont ces facteurs peuvent affecter la réponse des individus à l'abus sexuel;
- Évaluer le niveau auquel l'individu s'identifie à ses valeurs ethniques, religieuses ou culturelles et au code de conduite de son groupe d'appartenance;
- Utiliser cette information pour intervenir de façon adéquate dans le but de protéger l'adolescent en prenant soin de ne pas provoquer une rupture avec les valeurs de sa famille. Demeurer respectueux du groupe ethnique, religieux ou culturel auquel appartiennent l'adolescent et sa famille;
- Connaître sa propre culture ainsi que ses valeurs et le code de conduite qui les traduisent[151];
- Les rencontres professionnelles en contexte interculturel demeurent compatibles avec les enjeux de protection et les balises de la LPJ qui encadrent les pratiques éducatives.

Pour ce faire, au CJM-IU, il est possible et souhaitable de recourir à une consultation auprès de la clinique de consultation transculturelle du CJM-IU le plus rapidement possible lorsque nous sommes confrontés à des difficultés particulières avec la clientèle (malaises, réactions,

[150] L.-A. Fontes et C. Plummer *op. cit.*, p. 507.

[151] Adapté d'ACJQ, Plan National de formation (PNF), Module 203 : Abus sexuels : évaluation et orientation, Montréal, ACJQ, 2008, dans S. Young et L. Durocher, 2010, *op.cit.*, p. 39.

inquiétudes, incompréhension, etc.) afin de bien orienter l'intervention. De plus, le recours à des consultations avec le contentieux peut s'avérer très éclairant dans des situations où des aspects légaux sont en jeu[152].

En conclusion, lors de rencontres professionnelles en contexte interculturel, il importe que l'intervenant soit bien situé en regard de son propre cadre de référence et qu'il puisse s'en décentrer pour aller à la rencontre de celui de son client. Le poids accordé aux valeurs et croyances influence le dévoilement de l'abus sexuel et le processus d'intervention en matière d'abus sexuel. Il faut savoir que certaines valeurs rendent plus difficiles le dévoilement et le processus d'intervention en matière d'abus sexuel alors que d'autres peuvent s'avérer des leviers d'intervention. Un professionnel de la clinique de consultation transculturelle du CJM-IU est disponible si l'intervenant est confronté à des difficultés particulières avec la clientèle. Par ailleurs, il faut garder en tête que l'inceste (parent/enfant) est un tabou universel et que les rencontres professionnelles en contexte interculturel doivent demeurer compatibles avec les enjeux de protection et les balises de la LPJ qui encadrent les pratiques éducatives.

Pour votre réflexion!

Plusieurs outils, ressources ou formations existent afin de soutenir l'intervention en contexte interculturel :

- Processus clinique intégré, volet LPJ, document de référence. *Enjeux à considérer dans l'application du processus clinique intégré auprès de la clientèle issue de l'immigration.*
- Processus clinique intégré, volet LPJ, document de référence. *L'outil de soutien à l'intervention interculturelle au CJM-IU.*
- La clinique transculturelle de la CSCS offre du soutien aux intervenants.
- La formation de base en interculturelle : Intervenir auprès des jeunes et leur famille.

[152] S. Young et L. Durocher, 2010, *op.cit.*, p. 39.

2.2 L'intervention en matière d'abus sexuel et dans les situations à risque sérieux d'abus sexuel

Il est important de différencier la personne du geste. L'abus sexuel est un acte répréhensible et doit être sanctionné.

La personne qui a abusé est avant tout une personne en besoin d'aide. Elle ne doit pas être considérée uniquement comme un abuseur.

Cette deuxième section présentera tout d'abord les valeurs et principes d'intervention qui sous-tendent l'intervention en matière d'abus sexuel. Par la suite, seront présentés certains éléments en regard des défis que peuvent vivre les intervenants face à l'abus sexuel, un aperçu de l'entente multisectorielle et les notions liées à l'obligation de signaler. Certaines particularités et pistes d'évaluation en regard des besoins de chaque membre de la famille en matière d'abus sexuel vous seront proposées.

Afin de mieux différencier la contribution des différents partenaires dans l'intervention, nous retiendrons les concepts de l'intervention spécialisée et du traitement spécialisé. L'intervention spécialisée concerne l'intervention dispensée au CJM-IU par les intervenants psychosociaux et de réadaptation pouvant être soutenue par la consultation spécialisée de la CSCS en matière d'abus sexuel, tandis que le traitement spécialisé est dispensé par des partenaires ayant développé une expertise en matière d'abus sexuel.

Ainsi, dans le cadre de l'intervention spécialisée, les démarches d'intervention lors de situations à risque sérieux d'abus sexuel et d'abus sexuel intrafamilial et extrafamilial sont élaborées afin de proposer des stratégies d'intervention pour répondre aux besoins du jeune et de sa famille. Des liens sont établis entre l'intervention en matière d'abus sexuel et le cadre de l'intégration sociale qui est le dénominateur commun des programmes et services à l'adolescence. Finalement, la clientèle, les cibles d'intervention et des exemples de modalités d'intervention seront présentés pour le traitement spécialisé.

2.2.1 Valeurs[153] et principes d'intervention

Tel qu'exprimé dans la section traitant de l'intervention éducative en matière de sexualité, il importe de rappeler certaines valeurs et attitudes requises lorsqu'on intervient au sujet de la sexualité et des problématiques connexes, et ce, afin de garantir une philosophie d'intervention commune et respectueuse du jeune et de tout autre membre de sa famille.

[153] QUÉBEC, MSSS. *Guide d'intervention médicosocial : pour répondre aux besoins des victimes d'agression sexuelle, enfants, adolescentes, adolescents, femmes et hommes, 2010, op. cit.*, p. 5.

Voici les plus importantes à considérer lorsqu'on est appelé à intervenir dans une situation d'abus sexuel. Des attitudes qui témoignent de nos valeurs :

Empathie

L'intervenant doit tenter de percevoir l'état émotif de la victime et de ses proches et de communiquer sa compréhension de la situation et des émotions vécues. On crée ainsi un climat sécurisant.

Respect

Le respect permet de considérer la personne comme un individu distinct et autonome avec des forces et des capacités. Elle a le droit de prendre les décisions qui la concernent en tenant compte de son âge, ses capacités, ses expériences et ses besoins.

Engagement sans identification à la victime ou avec une certaine distance

Nous n'avons pas à préjuger des émotions de la victime ou de ses proches; elles peuvent être très différentes des nôtres. Des réactions de colère, de mépris, un désir de vengeance, un parti pris contre l'abuseur sont des émotions normales chez l'intervenant. Mais l'intervenant doit garder une certaine réserve face à la victime, demeurer conscient et critique face à ses propres perceptions et émotions afin de se concentrer sur les besoins de la victime et de ses proches. L'intervenant peut tout de même prendre position contre les gestes posés en exprimant sa tristesse pour ce que la victime a subi.

Aide vs contrôle

Pour contrer l'impuissance, l'intervenant peut avoir tendance à prendre le contrôle et à trop agir. Son rôle consiste à aider la victime et ses proches dans leur cheminement. La victime doit arriver à reprendre le pouvoir sur sa vie. Il faut garder à l'esprit qu'elle a des forces, qu'elle a son propre rythme et qu'il faut lui faire confiance.

Croire la victime

Il faut recueillir le récit de l'agression tel qu'il se présente avec des flous, des silences, de la négation, etc., sans jugement.

Le message de soutien à transmettre : je te crois, je veux t'aider. Tu n'as aucune responsabilité face aux agirs de la personne qui t'a abusé. C'est arrivé à d'autres personnes. Tu as bien fait d'en parler pour que ça cesse et éviter que cette personne répète ce geste auprès d'autres enfants. Tu vas t'en sortir.

Attention



Plus les victimes obtiennent du soutien de leur famille ou de personnes significatives, plus elles parviennent à s'en sortir. Il faut prendre en considération les raisons pouvant expliquer l'hésitation et la réticence à vouloir dévoiler l'abus. Certains préféreront garder le secret parce qu'ils ne sont pas prêts à dévoiler leur vécu ou d'autres ne pourront parler parce qu'ils ne sont pas en mesure de reconnaître les gestes d'abus sexuel soit en raison de leur âge, de leur niveau de conscience ou de leur manque de connaissance[154].

Principes[155] d'intervention :

- Tout abus sexuel est un acte criminel. Tout auteur d'abus, qu'il soit mineur ou majeur, est responsable de son comportement violent. Tout jeune et tout adulte doivent percevoir concrètement la réprobation sociale qui frappe tout geste d'abus.
- Tout jeune a droit à la protection, au respect de son intégrité, à la sécurité et à l'attention que ses parents ou les personnes qui en tiennent lieu doivent lui donner. Tout adulte est tenu d'apporter l'aide nécessaire à un jeune victime d'abus sexuel sans présumer qu'une autre personne a pris les dispositions nécessaires pour assurer la protection du jeune. Il faut, en vertu de l'article 39 de la LPJ, intervenir sans délai.
- Tout jeune, compte tenu de son âge et de son développement, doit être sensibilisé aux actes d'abus, afin de pouvoir les reconnaître et y réagir.
- On doit d'abord assurer la sécurité du jeune victimisé. Tout jeune doit, dans la mesure du possible, être maintenu dans son milieu parental. S'il y a lieu, la sortie de la personne abusive est favorisée, afin de donner un message clair par rapport à la responsabilité et pour permettre aux autres membres de la famille de recréer des liens sur une base différente. Cette orientation est privilégiée même lorsque la victime doit être placée.
- La participation du parent non abuseur est essentielle pour rétablir un équilibre sain dans la famille. Il est un sujet d'intervention privilégié tant pour le soutenir dans ses interventions auprès de son jeune que pour lui apporter réponse à ses besoins.

---

[154] L. Durocher et S. Young, 2004, *op. cit.*, p. 72.

[155] ACJQ, 2000, *op. cit.*, p. 53-54. À noter que le terme enfant a été remplacé par le terme jeune pour traduire la réalité de l'adolescence.

- Toute intervention vise à amener la personne abusive à reconnaître sa responsabilité, à l'assumer, de même qu'à cesser ses actes abusifs. L'abuseur adulte est responsable de s'engager dans un processus d'évaluation et de traitement et de le mener à terme.
- Tous les partenaires impliqués ont un objectif commun : protéger et venir en aide au jeune et éviter sa revictimisation tant par la récidive que par des abus de système (délais, traumatisme du processus judiciaire, acharnement thérapeutique, etc.). Toute concertation repose sur un désir d'ouverture et de collaboration nécessaires au partage de l'information pertinente, des orientations et des décisions. Rappelons que l'échange d'informations s'effectue en respectant les règles de la confidentialité.

2.2.2 Les intervenants face à l'abus sexuel[156]

L'abus sexuel crée un malaise chez plusieurs personnes, incluant les intervenants. Lorsqu'on parle de sexualité, on parle de quelque chose d'intime, de personnel. Quant à l'abus, il nous renvoie à la violence des gestes commis, qui peut aussi être difficile à nommer. Ce n'est pas étonnant que l'abus sexuel, qui réunit ces deux notions, puisse créer le sentiment d'inconfort. Pourtant, il serait plus aidant si on pouvait parler clairement de cette difficile réalité.

Il est tout d'abord primordial pour l'intervenant de départager les notions d'amour et de violence de même que celle de sexualité saine et de toute autre forme d'exploitation sexuelle pour aider l'adolescent abusé à clarifier la confusion qu'il peut vivre par rapport à l'abus sexuel. L'intervenant doit également être conscient des émotions suscitées par les situations d'abus sexuel, reconnaître qu'il sera touché par la détresse de l'adolescent abusé. En effet, différentes émotions peuvent être vécues par l'intervenant, notamment l'impuissance, la colère, le dégoût, l'éveil de ses propres inquiétudes face à l'éventualité d'être agressée, prendre trop à cœur les problèmes de la victime, prendre le contrôle et agir à la place de la victime, avoir un sentiment d'isolement, etc.

Avoir également conscience que de travailler dans une problématique en matière d'abus sexuel, c'est travailler dans une situation qui est jugée socialement inacceptable. Pourtant, « L'intervention passe par le jugement des gestes inacceptables et doit être suivie de l'acceptation

[156] Section inspirée de MSSS, *Guide d'intervention médicosocial : pour répondre aux besoins des victimes d'agression sexuelle, enfants, adolescentes, adolescents, femmes et hommes, 2010, op. cit.,* p. 28-29; ACJQ, 2000, *op. cit.*, p. 191-193.

des individus qui ont été acteurs de ce drame[157]. » Ainsi, l'intervenant qui est capable de refuser les gestes abusifs tout en acceptant l'individu qui les a commis aidera l'adolescent abusé à trouver une issue à sa situation. Il pourra, par exemple, mieux comprendre que l'adolescent puisse s'ennuyer de son parent ou de l'adulte abuseur et vouloir continuer de le voir.

Le travail auprès des adolescents abusés sexuellement ne convient pas à tous les intervenants. « L'intervenant qui travaille dans ce domaine doit être en harmonie avec son identité sexuelle, son orientation, ses désirs et ses fantasmes. Ses frontières personnelles doivent être bien établies[158]. » Bien que l'intervention en contexte d'abus sexuel se déroule généralement bien, certains sentiments ou impressions peuvent survenir chez l'intervenant lorsqu'il se sent plus fragile, à titre d'exemple :

- « L'impression de voir de l'abus sexuel partout;
- La confrontation à ses propres valeurs;
- La peur d'exagérer;
- Une difficulté de gestion de décision, parce que contaminé par la peine et la colère ressenties;
- L'impuissance lors de l'évaluation, devant la perception que l'adolescent est agressé sexuellement, mais aussi devant l'incapacité de prouver la matérialité des faits;
- La colère envers l'abuseur lorsque l'intervenant est particulièrement touché par la nature des gestes ou les conséquences de l'abus chez la victime;
- L'incompréhension et la colère en face du parent non abuseur qui refuse de voir, croire l'adolescent ou qui protège malgré tout l'abuseur;
- La déception, malgré la compréhension, devant la victime qui est utilitaire dans ses relations ou qui présente des symptômes de dépendance affective;
- La saturation par rapport aux histoires de déviances sexuelles et l'impression de ne plus être capable d'en entendre pendant un certain temps;
- Le dégoût ou l'éloignement par rapport à l'homme ou la honte d'être homme;
- La baisse temporaire de la libido;

[157] ACJQ., 2000, *op. cit.,* p. 189.

[158] *Ibid.*, p. 192.

- Des images d'abus sexuels qui apparaissent durant une relation sexuelle (*flash-back* de scénarios d'abus racontés par les victimes);
- L'ébranlement personnel quand des éléments d'un abus ressemblent en partie à un de nos fantasmes sexuels;
- La peur que notre enfant ne soit abusé;
- La peur que notre conjoint abuse et la peur d'avoir un désir sexuel par rapport à un enfant ou un adolescent[159]. »

La connaissance de ces sentiments s'avère importante tant pour l'intervenant que pour les superviseurs cliniques. L'intervenant, en portant attention à ses sentiments, pourra éviter l'essoufflement ou l'épuisement professionnel. Il pourra aussi évaluer si l'impact se fait sentir au niveau professionnel ou s'il touche davantage les dimensions personnelles auquel cas il pourra envisager de consulter. Les superviseurs cliniques pourront aussi les aider à prendre des moyens pour établir une distance émotionnelle tout en demeurant empathiques.

2.2.3 Aperçu de l'entente multisectorielle[160] relative aux enfants victimes d'abus sexuel, de mauvais traitements physiques ou d'une absence de soins menaçant leur santé physique

L'entente multisectorielle a été signée par cinq ministères en 2001. Elle a pour but d'assurer une meilleure protection de l'enfant et lui apporter l'aide nécessaire. Elle amène les partenaires à s'engager à agir en concertation.

Trois partenaires sont toujours présents lors de l'application de l'entente multisectorielle : le DPJ, les services policiers et un procureur du Bureau des poursuites criminelles et pénales (substitut du procureur général), chambre adulte ou de la jeunesse. D'autres partenaires peuvent être impliqués (acteurs institutionnels). Le DPJ coordonne l'application de l'entente.

L'entente multisectorielle établit clairement la procédure d'intervention à suivre pour assurer une réponse adéquate, continue et coordonnée aux besoins d'aide et de protection de l'enfant. La

159 ACJQ, 2000, *op. cit.*, p. 192.

160 www.justice.gouv.qc.ca. Entente multisectorielle relative aux enfants victimes d'abus sexuels, de mauvais traitements physiques ou d'une absence de soins menaçant leur santé physique. 2001. p. 21 à 25. (page consultée le 9 mai 2013).

procédure d'intervention sociojudiciaire comporte cinq étapes, en voici le résumé :

1- Signalement : le DPJ reçoit un signalement, décide de le retenir ou non et oriente l'enfant et ses parents vers les ressources appropriées. En abus sexuel, lorsque le signalement est retenu, la divulgation à la police et au substitut du procureur général est quasi systématique alors qu'en abus physique, la divulgation policière dépend de certains critères (gravité de l'acte, nature des séquelles, etc.).

2- Liaison et planification : le DPJ constitue l'équipe de base (DPJ, policier, substitut du procureur général) et fait ainsi les liens avec les partenaires. Il y a transmission d'informations, échanges et planification d'une stratégie quant au déroulement des interventions à venir.

3- Enquête et évaluation : chaque partenaire procède à son enquête et évaluation (recherche de faits et de preuves). L'enfant est rencontré par la police et/ou le DPJ. Ses parents ainsi que toute personne pertinente sont aussi rencontrés.

4- Prise de décision : les informations recueillies sont mises en commun et les moyens les plus adéquats pour protéger et aider l'enfant et sa famille sont choisis.

5- Action et information : chaque partenaire applique les décisions convenues et se tient au courant des développements et des résultats des actions entreprises. Toutefois, le processus de la protection de la jeunesse et criminel sont indépendants l'un de l'autre, car la prépondérance de preuves est différente pour chacun des processus.

Attention



Lors d'un abus intrafamilial dans lequel l'adolescent ayant commis un abus sexuel est âgé entre 12 et 18 ans, les personnes autorisées de l'adolescent abusé et de l'adolescent abuseur communiquent ensemble afin de se concerter sur l'intervention familiale. Il importe également de communiquer avec l'intervenant qui travaille dans le cadre de Loi sur le système de justice pénale pour les adolescents (LSJPA) lorsque celui-ci sera nommé.

L'intervenant psychosocial peut être appelé à accompagner l'adolescent abusé dans le processus judiciaire. L'adolescent peut vivre difficilement le processus d'enquête policière et l'intervenant doit alors offrir un soutien en conséquence. Afin d'illustrer les étapes du processus judiciaire, à la cour criminelle ou à la Chambre de la jeunesse, deux schémas sont présentés aux annexes 5 et 6.

2.2.4 L'obligation de signaler et la Loi sur la protection de la jeunesse

Le signalant n'a pas à prouver qu'il y a eu un abus sexuel. L'évaluation du signalement est la responsabilité de la DPJ.

Toute personne qui a un motif raisonnable de croire que la sécurité ou le développement de l'enfant est ou peut être considéré comme compromis par un abus sexuel ou un risque sérieux d'abus sexuel est tenu de signaler sans délai la situation au Directeur de la protection de la jeunesse (article 39 de la LPJ). L'abus n'a pas à être récent. L'abuseur n'a pas à être nécessairement identifié.

Quelquefois, l'intervenant hésite à signaler. Même si l'intervenant craint de briser le secret de la confidence liée à l'abus sexuel, il doit tout de même signaler. Il faut savoir que l'intervenant est rarement le seul confident de l'adolescent. Voici quelques exemples de perceptions ou de craintes qui peuvent être invoquées, malgré l'obligation de signaler[161] :

- Le parent non abuseur ne croira pas son adolescent, il ne lui donnera pas de soutien et l'adolescent risquera de vivre du rejet;
- Les délais d'attente pour l'évaluation et la prise en charge seront trop longs;
- Je sais que mon signalement ne sera pas retenu et ne donnera rien au bout du compte;
- Il me semble que je n'ai pas assez de preuves;
- Je crains que mes actions aient un impact très négatif sur l'adolescent;
- Je ne veux pas briser mon lien de confiance avec l'adolescent et les parents;
- Je ne voulais pas briser une famille;
- Je crains de détruire une carrière professionnelle;
- Le processus judiciaire est très pénible pour les victimes, je ne veux pas l'imposer à l'adolescent, compte tenu de sa fragilité;
- Je ne veux pas devoir témoigner à la cour…;
- Je n'ai pas besoin de signaler un nouvel abus, car l'adolescent est déjà suivi en centre jeunesse et est donc protégé et soutenu;
- Les parents protègent le jeune, je n'ai pas besoin de signaler;

[161] J.-Y. Frappier, *op. cit.*, p. 45-46.

- Je ne signalerai pas à cause de l'impact sur le processus d'immigration (risque de déportation);
- Etc.

Malgré ces appréhensions et questionnements, il importe de rappeler que selon l'article 39 et 39.1 de la LPJ, tout professionnel, quel que soit son secteur d'intervention (milieu de garde, milieu scolaire, hébergement au CJM-IU, consultants, etc.) et toute personne (famille d'accueil, gardien[ne], voisin, etc.) a l'obligation de signaler sans délai la situation à la DPJ, sans égard aux moyens qui peuvent être pris par les parents pour mettre fin à la situation. L'appréciation des moyens pris par les parents relève de la DPJ et non du signalant.

Par ailleurs, il est fondamental d'expliquer à l'adolescent pourquoi il est important de signaler :

- Pour le protéger : faire cesser l'agression en cours;
- Pour qu'il obtienne de l'aide;
- Pour le libérer d'un secret culpabilisant et destructeur;
- Pour éviter les nouvelles situations de violence sexuelle pour lui et pour d'autres enfants[162];
- Pour permettre à ces parents et son entourage de recevoir de l'aide;
- Pour permettre à l'abuseur de recevoir de l'aide.

Tout nouvel abus doit être signalé et lorsqu'un jeune dévoile un abus sexuel, il est important d'insister pour qu'il consulte une équipe médicale dans les plus brefs délais (0 à 5 jours) pour recueillir les preuves (trousse médico-légale) et pour recevoir des services. À titre d'exemple, les services reçus peuvent être de l'ordre de la contraception orale d'urgence, du traitement des lésions corporelles et génitales, de la diminution des douleurs causées par des irritations suite à un rapport forcé et le traitement ou la prévention de certaines infections, de la prescription d'anxiolytiques, etc. Bien que la consultation médicale soit recommandée à l'intérieur des cinq premiers jours suivant l'abus sexuel, il est important que le jeune consulte un médecin même si le délai prescrit est dépassé. La consultation médicale est importante pour s'assurer de l'état de santé physique et mentale de l'adolescent abusé.

---

[162] Tiré de : A. Arsenault et M. Fortin, *Sexualité infantile… Jeu ou agression? Guide sur la sexualité infantile et la prévention de la violence à l'égard des enfants,* Éditions Parents-Unis Repentigny (Lanaudière), 1998 et de la brochure « *Si un enfant est victime d'exploitation sexuelle… les dispositions de la loi* », ministère de la Justice, Canada dans S. Young et L. Durocher, 2010*, op. cit.*, p. 50.

Attention



Il est important de se rappeler que lorsque l'adolescent dévoile une situation, l'intervenant doit écouter et accueillir ce qui est dit sans trop le questionner, ni lui suggérer des réponses pour ne pas compromettre le déroulement de l'entrevue non suggestive qui sera à faire par les policiers enquêteurs. Il convient d'écouter l'adolescent, de le rassurer et de lui expliquer comment se déroulera l'intervention. La situation doit être signalée au DPJ et l'évaluation sera effectuée par un intervenant de la DPJ.

2.2.5 Évaluation et identification des besoins cliniques à l'application des mesures

Par rapport au processus clinique, l'évaluation du signalement ayant été faite par l'équipe évaluation/orientation [163], nous poursuivons l'évaluation des besoins cliniques à l'étape de l'application des mesures. Elle permet de compléter l'évaluation de la situation. Cette évaluation permet de bien identifier les forces et les difficultés des différentes personnes impliquées dans la situation.

Les quatre domaines de l'intégration sociale sont :

- *Le domaine personnel*
- *Le domaine relationnel/familial*
- *Le domaine fonctionnel/productif*
- *Le domaine symbolique*

2.2.5.1 Généralités sur l'évaluation à l'application des mesures

Comme dans le cas de toutes autres problématiques évaluées à l'adolescence, cette démarche d'évaluation clinique [164] permet de mettre en lien les différents éléments observés afin d'obtenir un meilleur portrait sur :

- Le développement et le fonctionnement de même que les limites et dysfonctionnements de l'adolescent, à travers les quatre domaines de l'intégration sociale;
- Les forces et les difficultés des parents dans l'exercice de leurs compétences parentales associées, à travers les quatre domaines de l'intégration sociale;

---

[163] Une grille d'indicateurs dans les situations où l'enfant pourrait être à risque sérieux d'abus sexuel est disponible sur l'intranet du CJM-IU. Cette grille a été élaborée par l'équipe d'évaluation/orientation DPJ en abus physiques et sexuels. Elle constitue un aide-mémoire pour guider les intervenants de l'équipe évaluation/orientation à évaluer les situations de risque sérieux d'abus sexuels.

[164] CJM-IU. Processus clinique intégré, volet LPJ, p*rocédure LPJ-LSSSS. Évaluation de la situation familiale, de la dynamique et des besoins de l'adolescent*. Guide pédagogique, CJM-IU, 2011.

- Le niveau de motivation, de reconnaissance du problème, de mobilisation des parents;
- La composition du réseau de l'adolescent, des parents et de la famille, le type de soutien d'entraide et la qualité du soutien apporté à l'adolescent, aux parents et à la famille;
- Les caractéristiques personnelles des parents, l'histoire de couple des parents, l'histoire familiale et les caractéristiques sociales de la famille qui ont un impact sur l'adolescent;
- Le positionnement de l'adolescent et ses parents (perception du problème, attentes, motivation, pistes de solution).

2.2.5.2 Spécificité sur l'évaluation en matière d'abus sexuel à l'application des mesures

Plus spécifiquement en lien avec la problématique de risque sérieux d'abus sexuel ou d'abus sexuel, l'évaluation doit se faire en impliquant l'adolescent et ses parents et en tenant compte des éléments suivants[165] :

- Les séquelles et la symptomatologie de l'abus sexuel chez l'adolescent victime;
- Les conséquences et réactions de chacun des membres de la famille à la suite du dévoilement et face à l'abus sexuel;
- Le soutien offert par la famille, la fratrie et l'environnement extérieur à la famille;
- Les besoins de la famille comme entité et de chacun de ses membres : l'adolescent victime, la fratrie, le parent non abuseur et l'abuseur, particulièrement dans les abus intrafamiliaux;
- Les forces et limites de chacun;
- Les modalités de contacts avec l'abuseur et le degré de supervision requis.

Aussi, certaines situations pourraient s'avérer complexes pour les parents, par exemple lorsqu'au sein d'une même famille sont présents un jeune abusé et un jeune abuseur ou un jeune qui présente des comportements sexuels problématiques.

[165] C. Bédard, *op. cit.*, p. 7.

2.2.5.3 Identification et évaluation des besoins en matière d'abus sexuel pour chaque membre de la famille à l'application des mesures

Le geste d'abus n'appartient pas à l'adolescent victime. Il est important de l'attribuer sans équivoque à l'abuseur.

Afin de planifier les interventions, il est important de comprendre les dynamiques des individus en cause et leurs besoins qui varient selon leur âge et leur rôle dans la famille. Tout au long de l'évaluation et de l'intervention, l'adolescent doit être impliqué et l'intervenant doit être attentif à ses idées et ses opinions. Voici quelques exemples d'éléments à évaluer plus spécifiquement en lien avec la problématique en abus sexuel. La plupart des exemples de besoins présentés s'appliquent dans les situations d'abus intrafamiliaux, mais peuvent aussi être transposés aux abus extrafamiliaux.

L'ADOLESCENT VICTIME :

- Besoins sur le plan de la santé physique et psychologique;
- Rôle de la victime;
- Effets sur l'adolescent des réactions de la famille suite au dévoilement;
- Besoin de soutien pour exprimer ce qu'il vit;
- Conséquences de l'abus;
- Présence d'autres traumatismes;
- Type de stratégie d'adaptation de l'adolescent (résolution de problèmes ou recherche de soutien versus stratégie d'évitement);
- Type d'attribution cognitive [166] qui peut ou non mener au blâme de soi et à la culpabilité :
  - Interne : c'est arrivé parce que je suis une mauvaise personne ou parce que j'étais trop jeune ou parce que c'est toujours ma faute (généralisée);
  - Spécifique : c'est arrivé à cause de la façon dont je m'habille;
  - Externe : c'est arrivé parce que l'abuseur a un problème.
- Présence de distorsions cognitives, par exemple l'abuseur m'a donné un cadeau, c'est donc qu'il s'excuse pour l'abus sexuel;
- Besoin de services (soins médicaux, traitement en psychothérapie, éducation sexuelle, services spécialisés);

---

[166] M. Hébert, M. Cyr et M. Tourigny , 2011, *op. cit.*, p. 183.

- La capacité de l'adolescent à se protéger des autres abus sexuels.

Attention



> Avant d'amorcer une évaluation clinique en profondeur avec l'adolescent, il convient tout d'abord d'évaluer sa capacité à être évalué (présence de vulnérabilités psychologiques qui le fragiliseraient davantage si on investiguait) et son désir d'aborder la situation de l'abus (présence de mécanismes de défense qui rendent l'intervention peu possible). En cas de doute, il est important de se référer à un consultant.

La situation d'abus sexuel n'existe pas isolément, elle se produit pour tel adolescent, dans tel contexte familial, tel milieu, à tel moment de sa vie. L'évaluation doit donc être globale et inclure plusieurs aspects.

LA FRATRIE :

- Rôle de la fratrie (soutien, déni ou rejet);
- Conflits d'allégeance entre la victime et l'abuseur;
- Réactions suite au dévoilement;
- Conséquences du dévoilement;
- Besoins de services (éducation sexuelle, services spécialisés, etc.).

LE PARENT NON ABUSEUR :

- Rôle dans la famille;
- Réactions suite au dévoilement;
- Besoin de soutien pour exprimer ce qu'il vit;
- Besoin de services pour lui-même et pour soutenir et protéger l'adolescent.

L'ABUSEUR :

- Rôle dans la famille;
- Réactions suite au dévoilement;
- Distorsion cognitive (reprise de contact avec la victime et l'abuseur qui interprète cela en minimisant l'importance de l'abus);
- Capacité de changer pour reprendre son rôle de parent (de frère, d'ami, etc., selon le statut de l'abuseur) auprès de l'enfant;
- Besoin de services (Centre d'intervention en délinquance sexuelle [CIDS], etc.).

LA FAMILLE :

- Type de communication entre les membres;
- Attitudes de soutien, de rejet, d'agressivité suite au dévoilement;
- Rôles de chacun des membres;
- Particularités selon les valeurs familiales.

Il faut éviter d'interpréter tous les propos, gestes ou attitudes du jeune en fonction uniquement de l'abus sexuel.

Il est important, lors de l'évaluation, d'avoir plusieurs sources d'information (professeur, jeune, parents, intervenant) afin d'obtenir un portrait complet des sphères de compétences et des zones de difficultés de l'adolescent victime d'abus sexuel[167]. Cette évaluation permettra d'identifier quelles sont les différentes ressources dont l'adolescent dispose pour faire contrepoids aux effets négatifs liés à l'abus sexuel. L'identification des ressources de l'adolescent est importante pour son rétablissement.

Attention



Il est normal d'avoir des réactions face aux comportements de l'abuseur. L'intervenant doit cependant rester centré sur les besoins de l'adolescent et les conditions à mettre en place pour répondre à ses besoins. L'adolescent peut exprimer le besoin d'avoir des contacts avec l'abuseur. Il est important d'éviter le clivage et de ne pas occulter les souhaits ou besoins de l'adolescent. Des interventions spécifiques sont évidemment nécessaires pour permettre des contacts ou une réunification (voir section 2.2.9).

2.2.6 Généralités sur l'intervention spécialisée et le traitement spécialisé

Par rapport au processus clinique, l'évaluation des besoins est un préalable à l'élaboration du plan d'intervention. Ce plan d'intervention doit reposer sur une analyse clinique qui permet de cibler les interventions, d'identifier les rôles et responsabilités des acteurs et de préciser les modalités d'intervention. L'intervention spécialisée incluant l'intervention éducative permet l'accompagnement de l'adolescent et des parents par les intervenants du CJM-IU tandis que le traitement spécialisé est dispensé la plupart du temps, en collaboration avec les partenaires et demande l'élaboration d'un plan de service individualisé.

À cet effet, comme le jeune a été référé à la Direction de l'indemnisation des victimes d'actes criminels (IVAC) à l'étape

[167] M. Hébert, M. Cyr et M. Tourigny., 2011, *op. cit.*, p. 188.

évaluation/orientation, les intervenants mandatés de cet organisme ont la responsabilité d'évaluer les séquelles et de faire des recommandations, notamment en regard de la nécessité d'un traitement spécialisé.

Il peut aussi être pertinent, en cours d'application des mesures, d'aller chercher un éclairage supplémentaire en ayant recours à un professionnel détenant une expertise (consultant CSCS, psychologue, pédopsychiatre, etc.) pour bien évaluer les besoins et le type de services à offrir.

Dans cette perspective, le Trauma Symptom Checklist for Children (TSC-C) qui s'adresse aux jeunes entre 7 et 17 ans fait partie du répertoire des outils disponibles pour les intervenants. Cet outil aide les intervenants à identifier des indices de stress post-traumatique, d'anxiété, de dépression, de colère, de dissociation de même que les préoccupations sexuelles chez l'adolescent. Lorsque, d'un commun accord, la personne autorisée, le chef de service et le consultant clinique évaluent comme pertinent la passation de cet outil par l'adolescent, ce test peut s'avérer utile pour le dépistage des traumas, pour ouvrir le dialogue avec l'adolescent ou les parents ou pour permettre d'explorer des éléments encore inconnus à ce jour[168].

Bref, il devient important de bien évaluer les besoins avant de référer un jeune et sa famille pour une thérapie ou un autre type de traitement.

Attention



> Il importe d'être attentif à différencier les besoins qui sont propres aux parents et ceux qui appartiennent réellement à l'adolescent.

[168] Tiré de S. Young et G. Lemelin. *Outil Trauma Symptom Checklist for Chlidren: TSC-C, Rapport d'expérimentation*, Montréal, Centre jeunesse de Montréal — Institut universitaire, 2010. p. 4.

2.2.7 Intervention spécialisée de l'intervenant psychosocial et de réadaptation par le CJM-IU

Il est à noter que tout nouvel abus, notamment chez un même jeune, doit être signalé. L'évaluation sera faite par l'équipe évaluation/ orientation.

Les principaux objectifs visés par l'intervention en matière d'abus sexuel[169], sont :

1. Assurer la protection de la victime dans un contexte d'abus sexuel;
2. Assurer que la victime et sa famille reçoivent des services d'aide;
3. Rétablir les rôles appropriés dans la famille, surtout dans les situations intrafamiliales.

Ces trois objectifs en matière d'abus sexuel s'intègrent tout à fait dans le cadre des objectifs généraux transversaux à l'ensemble des programmes offerts à l'adolescence, soit[170] :

1. Protéger le jeune;
2. Réduire les séquelles;
3. Accroître les compétences;
4. Rechercher la non-récurrence des signalements.

L'évaluation du passage à l'acte n'est pas statique, c'est une photo de la situation actuelle qui peut se modifier à travers le temps. Aussi, les préconditions du passage à l'acte peuvent être réunies extrêmement rapidement ou sur un grand laps de temps.

Les prochains paragraphes présentent les balises d'intervention dans le cadre des situations à risque sérieux d'abus sexuel et des principaux types d'agressions relevés en matière d'abus sexuel, soit l'abus intrafamilial et l'abus extrafamilial.

2.2.8 L'intervention lors de situations à risque sérieux d'abus sexuel

La définition de l'abus sexuel que donne la LPJ inclut la situation dans laquelle l'adolescent encourt un « risque sérieux » de subir des gestes à caractère sexuel avec ou sans contact physique. Ainsi, l'article 38 D2 de la Loi sur la protection de la jeunesse stipule que la sécurité ou le développement de l'enfant est compromis :

> « Lorsque l'enfant encourt un risque sérieux de subir des gestes à caractère sexuel avec ou sans contact physique, de la part de ses parents ou d'une autre personne et que ses parents ne prennent pas les moyens nécessaires pour mettre fin à la situation ».

---

[169] ACJQ., 2000, *op. cit.,* p. 134.

[170] P. Keable. *L'intégration sociale : un cadre conceptuel soutenant le développement des programmes, services et activités à l'adolescence,* CJM-IU, 2008. p. 9-10.

Voici des exemples de situations à risque élevé d'abus sexuel :

- Présence d'un climat de promiscuité sexuelle;
- Un parent qui refuse ou ne prend pas les moyens pour protéger son adolescent qui risque d'être victime d'abus sexuels ou qui nie la nécessité de le protéger;
- Présence d'un nouveau conjoint qui a déjà été reconnu coupable d'abus sexuels et qui est laissé seul avec l'adolescent dans le milieu familial[171];
- Présence d'un père ou d'un conjoint qui vient d'être sujet d'un dévoilement ou qui vient d'être reconnu coupable d'abus sexuel.

Dans ces situations, l'abus n'a pas eu lieu et l'intervention vise à amener le jeune et ses parents à prendre les moyens nécessaires pour prévenir le passage à l'acte.

Pour mieux cerner l'intervention, il est utile de se rappeler les quatre préconditions du passage à l'acte. La présence de toutes ces préconditions est nécessaire pour qu'il y ait un passage à l'acte[172], si une de ces préconditions n'est pas présente, il n'y aura pas d'abus sexuel. L'identification de la ou des préconditions sur lesquelles doit porter notre intervention, nous permet d'avoir des leviers en cours d'intervention pour éviter qu'un abus sexuel ne se produise. Ces leviers d'intervention peuvent s'adresser à :

- La personne à risque de passage à l'acte (adulte ou fratrie dans les situations intrafamiliales);
- Le parent qui n'est pas à risque d'abuser;
- L'adolescent à risque d'être victime d'abus sexuel.

Les quatre préconditions au passage à l'acte sont des outils aidants pour comprendre et intervenir dans une situation à risque sérieux d'abus sexuel, qu'elle soit intrafamiliale ou extrafamiliale. Toutefois, sur le plan de l'intervention, dans les situations extrafamiliales nos leviers d'intervention concernent surtout les préconditions liées aux barrières externes et à la résistance de la victime. Un schéma de même que les stratégies d'intervention qui y sont associées sont présentés dans la prochaine section.

---

[171] QUÉBEC, MSSS, 2010, *Manuel de référence sur la protection de la jeunesse*, Québec, MSSS, 2010, *op. cit*., p. 387.

[172] Finkelhor et Brown, 1985 dans ACJQ., 2000, *op. cit*., p. 21.

La personne autorisée a la responsabilité de <u>coordonner</u> l'ensemble de l'intervention en regard de l'adolescent à risque d'être abusé sexuellement et sa famille.

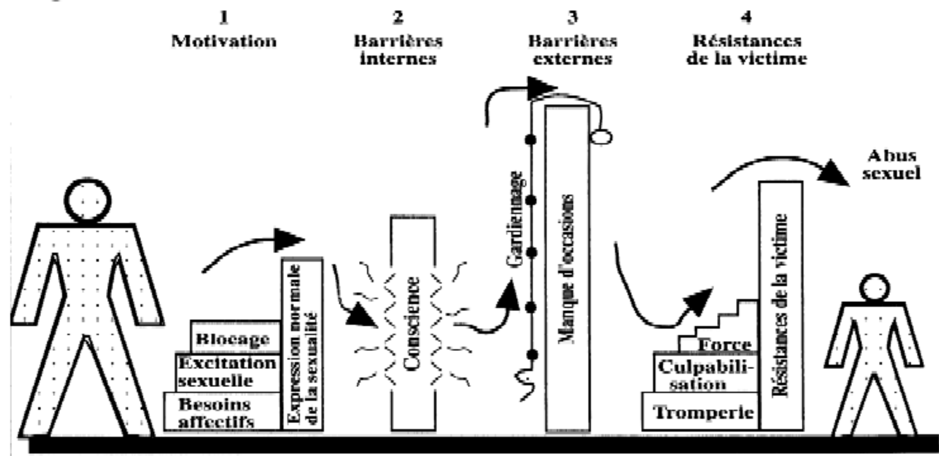


Schéma sur les quatre préconditions de l'abus sexuel de Kahn (1993)

Précondition reliée à la motivation

Ce qui amène à poser des gestes d'abus sexuels envers un adolescent ou un enfant est lié aux besoins du potentiel abuseur qui lui font envisager de poser un tel acte. La personne à risque d'abuser doit travailler sur elle-même afin de mieux comprendre ce qui la pousse à envisager un tel comportement. Ce travail est fait en milieu thérapeutique souvent dans une ressource venant en aide aux personnes ayant des fantasmes ou des comportements sexuels déviants envers des enfants ou des adolescents.

Précondition reliée aux barrières internes

La personne à risque d'abuser est déjà motivée à passer à l'acte, elle arrive à l'envisager. Elle doit dépasser la barrière de la « conscience » qui lui interdirait de poser un tel geste. Cette situation peut notamment survenir en raison de ses distorsions cognitives (c'est la présumée victime d'abus sexuel qui le veut, car elle se comporte de telle façon avec moi). Dans le cadre de telles situations, l'intervention du thérapeute et de l'intervenant à l'application des mesures servira à recadrer les perceptions.

Les barrières internes qui sont habituellement érigées contre l'abus sexuel peuvent aussi être affaiblies par des substances désinhibitrices comme la drogue et l'alcool. Dans de telles situations, des références doivent être faites pour une aide relativement à un problème d'abus d'alcool ou de drogue.

Précondition reliée aux barrières externes

La personne déjà motivée à poser des gestes d'abus, ayant fait taire sa conscience qui se retrouve seule avec le jeune, augmente le risque de passage à l'acte. Des barrières externes sont donc à mettre en place pour protéger le jeune (recours à des mesures judiciaires, supervision des contacts, expliquer le rôle de la barrière externe au parent qui n'est pas à risque d'abuser afin qu'il améliore l'encadrement qu'il donne à son jeune, etc.).

Précondition reliée la résistance de la victime

La personne à risque qui a le désir d'abuser, qui a vaincu ses propres barrières internes et qui a un accès au jeune aura aussi à vaincre les résistances de ce dernier pour passer à l'acte. Cela peut se faire par la violence ou encore par de la manipulation psychologique de la future victime. Il est donc important de diminuer sa vulnérabilité. Ainsi, l'intervention visera à s'assurer que le jeune a une perception juste et saine de la sexualité, qu'il sache ce qu'est un abus sexuel, pourquoi c'est interdit et qu'il faut refuser tout geste abusif à caractère sexuel, que les possibles secrets d'abus dans sa famille lui soient révélés, qu'il développe une bonne estime de lui-même, etc. Des moyens concrets pour se protéger et dire non à l'abus sexuel pourraient lui être suggérés bien que ce soit d'abord et avant tout la responsabilité de l'adulte de protéger l'adolescent contre l'abus sexuel.

2.2.9 L'intervention lors d'abus sexuel intrafamilial

L'abus sexuel intrafamilial réfère à l'imposition d'une activité sexuelle par des personnes de la famille, par exemple parents, beaux-parents, fratrie, demi-frères ou demi-sœurs, oncles ou tantes, cousins, cousines, grands-parents…[173]

« Ce type d'abus indique un dysfonctionnement familial important introduit par le biais de l'abuseur et une incapacité des parents à assumer leur mandat de protection à l'endroit de leur enfant. Il y a confusion des rôles et court-circuitage des mécanismes de communication à l'intérieur de la famille. Des relations de couple insatisfaisantes, des difficultés familiales importantes et des dysfonctionnements majeurs au plan des communications…[174] »

Voici une image qui illustre bien la dynamique familiale propice au passage à l'acte et au maintien du silence :

---

[173] A. Hamelin et coll., *op.cit.*, p. 6.

[174] ACJQ. 2000, *op. cit.*, p. 128.



- Le parent non abuseur ne voit pas;
- Le parent abuseur n'entend pas;
- L'adolescent abusé ne parle pas.

L'ordre et le poids accordé aux thèmes ou aux contenus du processus d'intervention sont flexibles et ajustés en fonction de la situation, des besoins et des caractéristiques individuelles de chacun des membres de la famille.

Les étapes d'intervention suivantes sont liées au traitement de l'abus sexuel intrafamilial :

- L'intervention de crise lors du dévoilement et en début d'intervention;
- L'intervention individuelle pour chacun des membres de la famille;
- L'intervention dyadique;
- L'intervention auprès du couple;
- L'intervention auprès de l'abuseur, du parent non abuseur et de l'adolescent abusé;
- L'intervention conjointe auprès de la famille;
- La réunification familiale.

L'élaboration de leur contenu s'inspire de différents documents cliniques[175]. Le respect de la séquence de ces étapes est important dans la mesure du possible, et le temps alloué à chacune des étapes s'actualise en fonction des besoins de l'adolescent, en respectant l'évolution de son cheminement en regard de la situation d'abus sexuel. Les entrevues individuelles sont privilégiées en début d'intervention,

[175] Ces étapes sont inspirées de S. Young et L. Durocher, 2010, *op. cit*. p. 56; C. Bédard, *op.cit.*, p. 27 à 34; Centre jeunesse du Saguenay — Lac-St-Jean, Le PIC, processus d'intervention clinique en violence familiale, 2010, p. 79 à 92; ACJQ, 2000, *op. cit*., p. 128 à 130; M. Hébert, M. Cyr et M. Tourigny. 2011, *op. cit*., p. 362 à 397, Medical University of South Carolina et coll. TF-CBT : http://tfcbt.musc.edu/index.php, (page consultée en septembre 2012); International Rescue Committee, *op.cit.,* p. 76-200-219-220.

mais les entrevues dyadiques doivent être effectuées lorsque la situation le permet, même pour de courts moments, entre l'adolescent abusé et le parent non abuseur, puis avec d'autres membres de la famille. Les entrevues dyadiques entre l'adolescent abusé et l'abuseur doivent être réalisées sous certaines conditions et en fonction des besoins de l'adolescent abusé. Parfois, des entrevues auprès du couple sont indiquées lorsqu'il y a par exemple, possibilité pour le couple de reprendre la vie commune. Par la suite, des interventions conjointes sont effectuées entre les membres de la famille si la situation le permet.

Dans le cas d'un jeune hébergé en famille d'accueil, les parents d'accueil qui accueillent un jeune ayant vécu un abus sexuel peuvent avoir à s'impliquer auprès du jeune afin de le soutenir au cours de la démarche d'intervention. En effet, la famille d'accueil peut avoir à s'impliquer auprès de l'adolescent d'une façon qui s'apparente à celle du parent naturel.

Le processus d'intervention en abus intrafamilial concerne différents acteurs dont le parent abuseur. Par ailleurs, lorsque l'abuseur est un membre de la fratrie, de la famille reconstituée ou élargie, plusieurs éléments peuvent être transposés ou adaptés à cette situation.

Par ailleurs, l'abuseur peut être un membre de la fratrie et non un parent abuseur. Dans une telle situation, un grand nombre d'éléments du processus d'intervention s'appliquent, notamment sur le plan de l'intervention de crise ou de l'intervention individuelle auprès du jeune ayant vécu un abus sexuel, sur le soutien à offrir au parent non abuseur et sur le principe de reconnaissance de la responsabilité des gestes de l'abuseur. Certaines adaptations sont toutefois à prévoir, par exemple le soutien à offrir aux parents doit prendre en considération certains enjeux supplémentaires, notamment la propension à la négation de l'abus sexuel et les sentiments confus et ambivalents envers ses deux enfants.

De plus, la communication entre les différents intervenants impliqués s'avère importante. Ainsi, les personnes autorisées de l'adolescent abusé et de l'adolescent abuseur communiqueront ensemble afin de se concerter sur l'intervention familiale. Il importe également de communiquer avec l'intervenant LSJPA, lorsque celui-ci sera nommé[176]. Sans prétendre être exhaustif sur les adaptations nécessaires, nous pouvons convenir que le processus d'intervention intrafamilial proposé peut inspirer l'intervenant afin de mieux répondre aux différentes situations d'abus sexuel.

L'intervenant explique à l'adolescent et aux parents le processus d'intervention à venir et le rôle de chacun, dès le début de l'intervention. Il importe de souligner qu'il aura peut-être à le répéter, car en cours d'intervention les informations seront alors reçues avec un peu plus de recul.

[176] Pour plus d'information, vous pouvez consulter S. Desjardins, 2011, *op.cit.*

La personne autorisée a la responsabilité de coordonner l'ensemble de l'intervention en regard de l'adolescent ayant vécu un abus sexuel et sa famille.

L'intervention de crise lors du dévoilement et en début d'intervention

L'écoute active s'illustre, entre autres par l'adoption d'une attitude de disponibilité, le fait d'écouter sans interrompre, de questionner sans émettre de jugements, de reformuler les propos afin de s'assurer d'une compréhension commune et d'offrir un renforcement positif.

Utilité de l'étape
L'intervention de crise

- Cette étape permet à l'adolescent ayant vécu un abus sexuel de se confier, de ventiler ses émotions et d'être rassuré sur ce qu'il vit. Elle a pour but de protéger l'adolescent par l'arrêt immédiat des abus sexuels ou des risques d'abus sexuels et d'offrir un soutien en vue de restabiliser la famille.

Acteurs concernés
L'intervention de crise

- La personne autorisée, l'intervenant É/O, en collaboration avec l'adolescent et sa famille, et s'il y a lieu, l'intervenant de réadaptation, le consultant CSCS et les partenaires associés complètent cette étape.

Stratégies d'accompagnement
L'intervention de crise

AUPRÈS DE L'ADOLESCENT

- L'intervenant écoute activement l'adolescent dans ce qu'il vit, dans toutes ses peurs, ses angoisses et inquiétudes, et ce, jusqu'au bout, sans l'interrompre.
- Sans banaliser, il le rassure sur le fait qu'il n'est pas le seul à vivre une telle situation.
- Si le dévoilement d'un abus sexuel se fait au cours de l'application des mesures, l'intervenant fait tout de même un signalement à la DPJ[177]. Il soutient l'adolescent dans les démarches qui vont suivre, par exemple dans le cadre de l'entente multisectorielle, pour la démarche sur le plan

[177] Pour plus d'information, se référer à la section 2.2.4 concernant l'obligation de signaler.

médical, etc. Il accompagne également l'adolescent à faire sa demande d'indemnisation auprès de l'organisme IVAC.

- L'intervenant assure à l'adolescent un milieu de vie où sa fratrie et lui sont protégés contre les abus sexuels.
- L'intervenant évalue le niveau de détresse vécue par l'adolescent qui vient de dévoiler une situation d'abus sexuel et met des mesures en place afin d'assurer sa sécurité physique et psychique au cours de cette période de crise familiale.
- Si l'adolescent est retiré de son milieu familial, il importe de l'informer que son placement a pour but de le protéger. Si l'adolescent laisse entendre qu'il pourrait être responsable de l'abus, il est important de le rassurer sur le fait qu'il est placé pour sa protection et non parce qu'on lui attribue une responsabilité face à l'abus.
- Si l'adolescent se rétracte et ne veut plus collaborer aux démarches du processus judiciaire, l'intervenant accueille la réaction de l'adolescent en restant neutre. Il ne confirme ni ne contredit ce que l'adolescent dit, il essaie de comprendre la situation[178]. L'intervenant doit être patient et normaliser la réaction de l'adolescent en lui expliquant que d'autres adolescents ont aussi eu cette réaction. L'intervenant explore avec lui ce qu'il trouve difficile à vivre depuis le dévoilement et réaffirme que la responsabilité de l'abus sexuel incombe à l'agresseur. Il est à noter que le processus d'accompagnement se maintient même si l'adolescent décide de cesser de collaborer aux démarches du processus judiciaire. Le suivi et les services à mettre en place auprès de l'adolescent se poursuivent dans l'accompagnement de ce choix.

Le retrait de l'adolescent de son milieu familial est la situation la moins souhaitable, mais il peut être nécessaire pour assurer sa protection.

Auprès des membres de la famille

- L'intervenant soutient les membres de la famille dans leur vécu en lien avec les conséquences du dévoilement.
- Il accueille le parent dans ce qu'il vit et prend le temps de l'écouter, il amène le parent non abuseur à reconnaître que son adolescent a été victime d'abus. Cette reconnaissance peut être immédiate ou peut prendre beaucoup de temps, les attentes de l'intervenant doivent être empreintes de réalisme à cet effet.

[178] International Rescue Committee, *op.cit.*, p. 76.

- L'intervenant soutient le parent non abuseur face à la désorganisation du milieu (référence, recherche d'appartement, soutien d'un médiateur culturel, etc.).
- Si l'adolescent se rétracte et ne veut plus collaborer aux démarches du processus judiciaire, l'intervenant aide le parent non abuseur à accueillir et à comprendre que le fait que son adolescent veuille se rétracter est normal. Il est aussi possible, lorsque le parent est ambivalent, que ce dernier éprouve un certain soulagement en regard des tensions familiales qui peuvent s'amoindrir avec la rétractation de l'adolescent. L'intervenant aide le parent à comprendre que la rétractation ne veut pas dire qu'il n'y pas eu d'abus sexuel. Il aide le parent à comprendre les tensions qu'il vit depuis le dévoilement de l'abus sexuel ainsi que celles de son adolescent. L'intervenant aide le parent à trouver des leviers pour faire baisser les tensions familiales et ainsi aider son adolescent.
- Il s'assure que l'abuseur respecte les consignes et les conditions de remise en liberté.
- Il réfère l'abuseur à un organisme qui lui permettra d'amorcer un processus de responsabilisation.

L'intervention individuelle pour chacun des membres de la famille

L'intervenant favorise en individuel chez tous les membres de la famille, l'expression des émotions liées à l'abus sexuel et au dévoilement.

Utilité de l'étape
L'intervention individuelle

- Les rencontres individuelles permettent à chacun des membres de la famille de ventiler les émotions difficiles à la suite du dévoilement, d'établir un lien de confiance avec l'intervenant, d'exprimer leurs besoins, les impacts de l'abus sur eux-mêmes, sur la famille et de travailler les objectifs d'intervention.

Acteurs concernés
L'intervention individuelle

- La personne autorisée en collaboration avec l'adolescent et chacun des membres de sa famille, et s'il y a lieu, l'intervenant de réadaptation, le consultant CSCS et les partenaires associés complètent cette étape.

Stratégies d'accompagnement
L'intervention individuelle

Auprès de l'adolescent

Le processus d'intervention s'effectue dans l'intérêt de l'adolescent en respectant son rythme.

- L'intervenant discute avec l'adolescent de ses connaissances en regard de l'abus sexuel, par exemple ce qu'est un abus sexuel, à qui ça peut arriver, la dynamique d'abus sexuel, les sentiments et réactions à la suite d'un abus sexuel et pourquoi certains ne dévoilent pas ou trouvent difficile de dévoiler l'abus sexuel[179].
- L'intervenant écoute activement l'adolescent qui parle de sa situation d'abus sexuel, jusqu'au bout, sans l'interrompre. Parler de l'abus sexuel permet à l'adolescent d'expérimenter « une stratégie d'adaptation positive qui lui permet de faire face à ses pensées et ses émotions plutôt que de tenter de les fuir[180] ».
- Une fois que l'adolescent semble avoir terminé de parler de l'abus sexuel, l'intervenant vérifie s'il y aurait autre chose que l'adolescent aimerait dire. À tout moment, l'intervenant discute avec l'adolescent des mythes [181] entourant l'abus sexuel, des distorsions cognitives ou des perceptions erronées mentionnées et qui peuvent nuire à son fonctionnement.

L'intervenant poursuit l'évaluation des impacts de l'abus sur le développement et le fonctionnement de l'adolescent.

- L'adolescent peut éprouver à plusieurs reprises le besoin de parler de l'abus sexuel, il est donc important de l'écouter à chaque fois. Il importe également d'aider l'adolescent à respecter les frontières de son intimité et de celles des autres personnes et de le référer à la bonne personne si le contexte ne permet pas de parler de l'abus sexuel (au dîner, devant un grand nombre de personnes, etc.).
- L'intervenant accompagne l'adolescent dans la reconnaissance de ses émotions, tant positives que négatives, de même que leur expression. Cette intervention aide l'adolescent, d'une part, à mettre des mots sur ce qu'il

[179] M. Hébert, M. Cyr et M. Tourigny., 2011 , *op.cit.*,p.375;TFC-BT ;International Rescue Committee, *op.cit*., p. 205.

[180] M. Hébert, M. Cyr et M. Tourigny, 2011, *op.cit*, p. 376; Medical University of South Carolina et coll., TF-CBT : http://tfcbt.musc.edu/index.php. (page consultée en septembre 2012).

[181] Pour plus d'information sur les mythes, se référer à la section 2.1.9.

Il est important de redonner à l'adolescent la capacité et les moyens d'agir sur son environnement et de rétablir un sentiment de sécurité afin qu'il puisse reprendre ses activités.

ressent et d'autre part, à se diriger vers des gens ou des activités qui suscitent des émotions positives[182].

- L'intervenant explore avec l'adolescent la place et les relations avec les amis en lien avec la situation d'abus sexuel : s'ils sont au courant, s'il a perdu des amis, s'il y a des rumeurs, de l'intimidation ou si au contraire, il trouve du soutien auprès de ses amis ou si ces derniers s'occupent de le distraire à travers des activités, etc. Malgré l'importance des amis, ces derniers ne remplacent pas le soutien que peuvent apporter les parents[183].
- Si l'adolescent est engagé dans une relation amoureuse, l'intervenant s'informe de l'attitude du copain ou de la copine (compréhension, jalousie, respect du rythme pour la reprise des activités sexuelles, etc.)[184].
- L'intervenant s'assure que l'adolescent a réponse à ses besoins d'éducation sexuelle. En temps opportun, il discute avec lui de ce qu'est une sexualité saine, lui parle de la notion de consentement, l'aide à restaurer son espace personnel, à établir ses frontières, lui apprend à identifier des moyens pour se protéger, bref, différents thèmes traités à travers le programme d'éducation sexuelle du CJM-IU. Le développement de ces habiletés contribuera à aider l'adolescent à reprendre du pouvoir sur sa vie et à lui donner des moyens pour se protéger d'autres abus sexuels. Le thème de l'apprentissage d'habiletés à se protéger contre d'autres abus sexuels n'est préférablement pas abordé en début d'intervention afin de ne pas culpabiliser l'adolescent, à moins que certains de ses comportements lui fassent courir le risque de subir une nouvelle agression.

L'ouverture de l'intervenant à entendre ce que l'adolescent pourrait lui dire au sujet de l'abus sexuel est importante afin de ne pas renforcer les stratégies d'évitement qu'adoptent fréquemment les adolescents ayant vécu un abus sexuel.

- L'intervenant explore le sujet de l'orientation sexuelle, notamment pour les garçons, en s'assurant de défaire le mythe selon lequel on est homosexuel lorsqu'on est abusé sexuellement par un homme[185].
- L'intervenant vérifie auprès de l'adolescent s'il connaît des façons de gérer le stress lorsque lui vient des pensées

---

[182] M. Hébert, M. Cyr et M. Tourigny., 2011, *op.cit.*, p.372; Medical University Of South Carolina, TF-CBT : http://tfcbt.musc.edu/index.php (page consultée en septembre 2012); International Rescue Committee, *op.cit.*, p. 200-219-220. Un matériel adapté en fonction de l'âge peut être utilisé, par exemple, la reconnaissance des émotions peut s'effectuer par des pictogrammes chez les 12-14 ans et par des photos de visages chez les plus vieux.

[183] J.-Y. Frappier, *op.cit.*, p. 61.

[184] J.-Y. Frappier, *op. cit.,* p.62.

[185] Pour plus d'information sur les mythes, se référer à la section 2.1.9.

stressantes ou qu'il vit des situations stressantes en lien ou non avec l'abus sexuel. L'intervenant peut, entre autres, lui expliquer l'importance du rôle de la respiration dans les moments stressants et lui enseigner une technique de relaxation[186].

- L'intervenant aide l'adolescent à augmenter sa capacité de résolution de problèmes afin qu'il reprenne du pouvoir sur sa vie[187].
- L'intervenant aide l'adolescent à identifier et à développer son réseau de soutien afin de faire contrepoids aux effets négatifs de l'abus sexuel et l'aider à maintenir ses acquis et à continuer son développement vers l'autonomie. Le retour aux activités habituelles de l'adolescent (l'école, les amis, les sorties, etc.) est un bon indicateur de ce qu'il vit intérieurement[188].
- Tout en démontrant une ouverture à parler de l'abus sexuel, l'intervenant invite l'adolescent, s'il est suivi en thérapie, à en parler à son thérapeute. L'intervenant peut se référer à un consultant CSCS afin de convenir des meilleures stratégies pour accompagner l'adolescent.

Jusqu'à ce que les rencontres dyadiques soient pertinentes, l'intervenant construit un pont entre l'adolescent et ses parents. Il informe les parents de ce que l'adolescent travaille, par exemple au niveau de l'expression des émotions, de la gestion du stress ou de l'éducation sexuelle afin que les parents puissent soutenir leur adolescent dans ses apprentissages. L'intervenant peut aussi intégrer les parents, selon la progression de la situation, à certaines parties des rencontres individuelles.

AUPRÈS DU PARENT NON ABUSEUR

- L'intervenant soutient le parent et l'aide à rétablir un sentiment de sécurité. Selon la situation, afin de s'assurer que l'adolescent est protégé, une aide concrète (budget, hébergement, etc.) peut s'avérer une priorité.

---

186 Deux techniques de relaxation peuvent être proposées à l'adolescent afin de l'aider à se centrer sur le présent, à mieux gérer son stress, et à reprendre le contrôle (exemples à l'annexe 7). L'activité cognitive comportementale de gestion du stress propose également un certain nombre de techniques de relaxation.

187 Des activités cognitives comportementales sont également offertes pour le jeune et ses parents dans les services milieu ou en centre de réadaptation.

188 J.-Y. Frappier. *op. cit.,* p. 61.

- L'intervenant discute avec le parent, comme il l'a fait avec l'adolescent, de ses connaissances en regard de l'abus sexuel, de la dynamique d'abus sexuel, des possibles réactions ou séquelles chez son adolescent, des raisons pour lesquelles certains ne dévoilent pas l'abus et de l'impact de l'abus sexuel chez les membres de la famille, etc.

- L'intervenant accompagne le parent et prend le temps de l'écouter dans ce qu'il vit en regard de la situation d'abus sexuel de son adolescent. Il l'aide, s'il y a lieu, à reconnaître que son adolescent a vécu un abus sexuel.

- Il l'aide à reconnaître, à exprimer et à gérer ses émotions et à identifier ses enjeux personnels dans la situation d'abus afin de lui permettre d'être disponible pour son adolescent dans le quotidien et lors des rencontres dyadiques (lorsque le parent non abuseur est toujours en couple avec le parent ou le conjoint abuseur, le parent non abuseur peut vivre des sentiments de trahison amoureuse par son conjoint ou de jalousie envers son adolescent. Ces sentiments peuvent avoir des impacts sur la reconnaissance ou l'accompagnement de l'adolescent à travers cette épreuve).

- L'intervenant aide le parent à départager ce qui lui appartient de ce qui appartient à son adolescent. À titre d'exemple, les réactions des parents sont souvent différentes de celles de leur adolescent ou encore, si le parent a déjà vécu un abus sexuel, les interventions qui l'ont aidé ne sont pas nécessairement celles qui répondront aux besoins de leur adolescent.

- Il accompagne le parent dans l'apprentissage de l'écoute active afin qu'ils puissent l'utiliser auprès de son adolescent.

- L'intervenant discute des valeurs familiales, des frontières sur le plan de l'intimité ou encore sur la nudité afin de déceler et d'intervenir rapidement s'il y a présence de comportements sexuels inappropriés.

- L'intervenant encourage le parent à discuter de sexualité avec son adolescent ou les accompagne pour le faire.

- L'intervenant accompagne les parents à remettre en place un cadre familial approprié aux besoins de leur adolescent. Il s'assure que les pratiques parentales offrent un équilibre entre règles, récompenses ou conséquences afin d'éviter de tomber dans certains pièges (chantage émotif, surprotection, compensation, etc.).

- L'intervenant aide le parent à développer un réseau de soutien, à identifier et à mettre en place des stratégies pour protéger son adolescent.
- L'intervenant prend en considération dans son intervention, les valeurs culturelles du parent et les conséquences spécifiques que peut revêtir un abus sexuel dans la culture d'origine.

AUPRÈS DE LA FRATRIE

- L'intervenant permet que l'information circule dans la famille afin que la situation d'abus sexuel ne devienne pas un tabou. Les choix des mots et de la formulation peuvent être différents selon l'âge des enfants de la fratrie.

L'intervenant évalue la fréquence des contacts parents/adolescents, à partir des différentes données cliniques et légales, il évalue le niveau de supervision requis ou applique l'ordonnance d'interdiction de contacts.

- L'intervenant aide la fratrie à rétablir les frontières et les rôles dans la famille, il aide aussi à dénouer un potentiel conflit de loyauté entre l'adolescent abusé et l'abuseur.
- L'intervenant affirme à nouveau que le responsable de l'abus est l'abuseur, et ce, afin d'éviter de faire porter la responsabilité de l'éclatement de la famille à l'adolescent abusé.
- L'intervenant soutient la fratrie afin qu'ils comprennent les possibles séquelles chez la victime (pleurs, sautes d'humeur, etc.).
- L'intervenant s'assure que la fratrie a des connaissances adéquates en matière d'éducation sexuelle et de prévention sur le plan des abus sexuels.

AUPRÈS DU PARENT ABUSEUR

- L'intervenant réfère le parent abuseur à un organisme spécialisé au niveau des agresseurs sexuels qui lui permettra d'amorcer un processus de responsabilisation.
- L'intervention en regard de l'abuseur vise, pour sa part, à lui faire reconnaître ses actes et leurs impacts, à les assumer devant la justice et développer un meilleur contrôle.

L'intervention dyadique

Utilité de l'étape
L'intervention dyadique

- Cette modalité d'intervention vise à améliorer la communication, renforcer certains apprentissages appropriés (chercher de l'aide, parler de ses émotions, respecter les frontières). Elle vise également à renforcer les relations, à apporter du soutien à l'adolescent et à redéfinir les rôles.

- Afin de reprendre le fil de la relation, il est important pour les dyades de se poser des questions mutuelles, de répondre, de s'exprimer, de dire ce qu'ils vivent pour permettre de clarifier les perceptions et de rétablir les relations. Ce type d'intervention aide l'adolescent à réfléchir à certaines pensées, stratégies ou comportements qui maintiennent les symptômes qui nuisent à son fonctionnement.

Acteurs concernés
L'intervention dyadique

- La personne autorisée, en collaboration avec l'adolescent et chacun des membres de sa famille, et s'il y a lieu, l'intervenant de réadaptation, le consultant CSCS et les partenaires associés complètent cette étape.

Stratégies d'accompagnement
L'intervention dyadique

AUPRÈS DU PARENT NON ABUSEUR ET DE L'ADOLESCENT ABUSÉ

- L'intervention doit permettre à l'adolescent de savoir, entre autres, qu'il n'est pas responsable de ce qui est arrivé, que le parent non abuseur le croit et apprendra à le protéger.

Il est important de développer chez le ou les parents non abuseurs leur capacité à soutenir l'adolescent.

- L'intervenant aide le parent à soutenir son adolescent, l'accompagne dans l'apprentissage de l'écoute active, la reformulation et le sensibilise à l'importance de féliciter son adolescent pour les bons coups qu'il fait.

- L'intervenant permet à l'adolescent de poser des questions pour mieux comprendre la situation d'abus sexuel et permet de maintenir le lien ou de favoriser la réconciliation avec le parent non abuseur.

- L'intervention vis-à-vis cette dyade permet aussi d'envisager de briser le silence entourant l'abus sexuel auprès de la

fratrie en choisissant la formulation appropriée selon l'âge des enfants.

AUPRÈS DE LA FRATRIE ET DE L'ADOLESCENT ABUSÉ

- L'intervention dyadique auprès de la fratrie est nécessaire et s'effectue en fonction de la situation, des besoins et des caractéristiques individuelles (négation de l'abus, rendre l'adolescent abusé responsable de l'éclatement de la famille, etc.).

- L'intervenant permet à chacun d'exprimer ce qui s'est passé et de clarifier la situation entre eux. Il évalue la pertinence d'intervenir auprès de tous les membres de la fratrie (refus de l'adolescent, fratrie en bas âge, etc.).

L'intervention auprès du couple

Utilité de l'étape
L'intervention auprès du couple

Il est possible que dans certaines situations, les intervenants aient à référer l'adolescent ou un membre de sa famille vers une aide ou un traitement spécialisé.

- Cette modalité est incontournable si le couple décide de reprendre la relation et la vie commune. Elle permet l'évaluation de l'impact de leur décision sur l'adolescent et la famille. Elle est aussi un préalable pour préparer l'intervention conjointe auprès de l'abuseur, le parent non abuseur et l'adolescent.

- Il est à noter qu'il existe des situations où il ne sera pas possible d'appliquer cette modalité d'intervention (une interdiction de contacts).

Acteurs concernés
L'intervention auprès du couple

- La personne autorisée, en collaboration avec les parents, et s'il y a lieu, les intervenants identifiés dans le cadre du PII ou du PSI[189] incluant les partenaires associés complètent cette étape.

[189] Processus clinique intégré, volet LPJ. J-M. Daigneault. « Guide élaboration, rédaction, actualisation et révision d'un PI/PII en vertu de la LPJ ». CJM-IU. 2013.

Stratégies d'accompagnement
L'intervention auprès du couple

- L'intervenant accompagne le couple à rétablir la relation et la communication sur une base égalitaire.
- Il aide le couple à prendre une décision éclairée quant à l'avenir de leur couple et de leur famille.
- L'intervenant accompagne le couple afin qu'il envisage leur perspective d'avenir quant aux rôles de chacun auprès de leur adolescent, et ce, qu'il y ait ou non une réunification familiale.
- L'intervention auprès du couple est un préalable à la rencontre conjointe auprès de l'abuseur, le parent non abuseur et l'adolescent. Elle permet aux deux parents d'entendre ce que chacun dira à l'adolescent et d'exprimer leurs réactions respectives à ce sujet.
- L'intervenant guide le couple afin qu'ils bénéficient d'une aide spécifique appropriée à leurs besoins (thérapie de couple).

L'intervention conjointe auprès de l'abuseur, du parent non abuseur et de l'adolescent abusé

Utilité de l'étape
L'intervention conjointe auprès de l'abuseur, du parent non abuseur et de l'adolescent abusé

- Selon l'évolution de la situation, cette étape est à favoriser pour le rétablissement de l'adolescent abusé et incontournable pour la réunification de la famille, si tel est le cas. Elle est, en soi, réparatrice pour tous les membres de la famille. La préparation de cette rencontre avec tous les acteurs est essentielle pour faire face de façon constructive aux réactions émotives et surmonter le traumatisme. L'accord de l'adolescent ayant été victime d'abus sexuel est essentiel de même que le respect des mesures légales.
- Il est fort possible qu'une telle rencontre ne puisse s'actualiser dans le cadre du premier ou des premiers plans d'intervention si l'on respecte les besoins et l'évolution de l'adolescent.

Acteurs concernés
L'intervention conjointe auprès de l'abuseur, du parent non abuseur et de l'adolescent abusé

- La personne autorisée, en collaboration avec l'abuseur, le parent non abuseur, l'adolescent, et s'il y a lieu, les intervenants identifiés dans le cadre du PII ou PSI incluant les partenaires associés complètent cette étape.

Stratégies d'accompagnement
L'intervention conjointe auprès de l'abuseur, du parent non abuseur et de l'adolescent abusé

- L'intervention permet à l'adolescent d'entendre de l'abuseur qu'il est le seul responsable de ses actes, qu'il regrette ses agirs, qu'il entend poursuivre le travail qu'il a amorcé pour changer ses comportements déviants, qu'il prend les moyens nécessaires pour ne pas récidiver et qu'il veut dorénavant exercer son rôle parental de façon responsable.
- L'intervention permet à l'adolescent d'exprimer ses malaises et ses questionnements en lien avec une éventuelle reprise de contact ou dans la perspective d'un éventuel retour dans la famille.

L'intervention conjointe auprès de la famille

Utilité de l'étape
L'intervention conjointe auprès de la famille

L'évaluation des risques de récidive s'appuie sur les quatre préconditions de l'abus sexuel, telles que définies à la section 2.2.8.

- De façon générale, ce type d'intervention a lieu à la fin du processus d'intervention, lorsque le cheminement de chacun des membres de la famille permet une meilleure réceptivité.
- Que ce soit dans une perspective de réunification familiale ou non, cette modalité d'intervention vise à cerner et à mieux définir les besoins et ce que seront à l'avenir les rôles de chacun.
- Cette modalité d'intervention vise à développer, renforcer les relations familiales et aider les membres de la famille à définir des modèles plus sains d'interaction pour une dynamique familiale sans abus sexuel.

Acteurs concernés
L'intervention conjointe auprès de la famille

- La personne autorisée, en collaboration avec chacun des membres de sa famille, et s'il y a lieu, avec les intervenants

identifiés dans le cadre du PII ou du PSI incluant les partenaires associés complètent cette étape.

Stratégies d'accompagnement
L'intervention conjointe auprès de la famille

- L'intervenant aide la famille à s'exprimer sur les impacts de l'abus sexuel (sentiments de tristesse, de colère), à identifier les mécanismes ayant mené à l'abus et à ne pas faire porter à l'adolescent la responsabilité de l'abus sexuel.
- L'intervenant habilite les membres de la famille à rétablir les frontières de l'intimité, il aide et supervise la famille dans leurs nouvelles façons d'encadrer l'adolescent en fonction de ses besoins et de ses capacités.
- L'intervenant fait participer la famille à la recherche de solutions et s'assure que tous les membres de la famille s'impliquent, dans la mesure de leurs besoins, leurs capacités et leur développement, à l'établissement d'un fonctionnement familial sans abus sexuels.
- Cette modalité d'intervention peut favoriser les aveux et les excuses de l'abuseur auprès de la victime et des autres membres de la famille.
- Il encourage l'adolescent et ses parents à identifier qui, dans le milieu extérieur, pourrait être soutenant pour chacun d'eux et s'assurent de l'élaboration d'un filet de sécurité pour la famille.
- Il coordonne et facilite l'accès aux services nécessaires à chacun des membres de la famille pour améliorer les conditions de vie.

La réunification familiale

Utilité de l'étape
La réunification familiale

La réunification familiale ne met pas fin à l'intervention. Au contraire, elle peut impliquer la nécessité d'une intervention plus soutenue.

- La LPJ vise le maintien ou le retour de l'enfant dans son milieu familial. La réunification familiale peut être envisagée, mais à certaines conditions : selon l'ampleur du traumatisme vécu par la victime et sa symptomatologie, selon l'évolution de son processus thérapeutique, si l'abuseur reconnaît les gestes commis, qu'il a complété sa démarche thérapeutique et qu'une évaluation rigoureuse des risques de récidive est effectuée (capacité du parent non abuseur à protéger l'adolescent, capacité de l'adolescent à se protéger et traitement du parent ou du membre de la famille abuseur).

Acteurs concernés
La réunification familiale

- La personne autorisée, en collaboration avec chacun des membres de sa famille, et s'il y a lieu, avec les intervenants identifiés dans le cadre du PII ou du PSI incluant les partenaires associés complètent cette étape. Lors de la réunification familiale, l'évaluation du risque de récidive est partagée entre les acteurs concernés, notamment le thérapeute du parent ou du membre de la famille abuseur.

Stratégies d'accompagnement
La réunification familiale

- S'il y a réunification familiale, elle doit se faire graduellement. Il serait souhaitable que l'abuseur soit en démarche thérapeutique ou ait complété sa thérapie et l'accord de toutes les parties et de la Cour est requis, s'il y a lieu (Chambre criminelle et pénale et Chambre de la jeunesse). Pendant le processus de réunification familiale, une intervention plus soutenue pourrait être nécessaire.
- Les rencontres avec tous les membres de la famille servent à apprendre à vivre avec le traumatisme individuel et familial, à reconstruire les liens, à rétablir les rôles, les responsabilités et les frontières, à instaurer un mode de communication adéquat et à discuter des mesures de protection.
- Lors de cette période de réunification de la famille, l'intervenant respecte le rythme et les besoins de l'adolescent. Il s'assure que les contacts avec l'abuseur et les conditions de retour sont sécurisants pour lui.

2.2.10 L'intervention lors d'abus sexuel extrafamilial

L'abus extrafamilial réfère à une activité sexuelle imposée par des personnes qui ne sont pas membres de la famille : étrangers, pairs, amis d'un membre de la famille, professeurs, voisins, etc. [190] L'abus extrafamilial peut s'être produit une seule fois ou de façon répétitive ou chronique. La communication entre les membres de la famille n'est pas nécessairement déficiente. Même si les informations concernant ce type d'abus sont moins nombreuses, il ressort qu'il existe souvent au sein de

[190] A Hamelin et coll., *op. cit.*, p.7; M. Hébert, M. Cyr et M. Tourigny, 2011, *op.cit.*, p. 7.

ces familles, un déficit sur le plan de la supervision et du soutien parental[191].

Lorsqu'une situation d'abus sexuel extrafamilial se produit, que le jeune soit déjà suivi ou non au centre jeunesse, elle doit être signalée à la DPJ[192]. Trois scénarios sont possibles :

- Le signalement est retenu du fait qu'il y a eu abus sexuel et que les moyens ne sont pas adéquats pour protéger l'adolescent (refus des parents de déposer une plainte policière). Dans cette situation, l'entente multisectorielle s'enclenche et tous les acteurs concernés se mettent en action dans le respect de cette entente;
- Le signalement n'est pas retenu sous le motif d'abus sexuel (si les parents assurent une protection). Dans ce cas, l'intervenant de la DPJ s'assure qu'une plainte policière est faite et que le dossier est fermé;
- Le signalement n'est pas retenu (les parents assurent une protection) et le jeune est déjà suivi par le centre jeunesse en vertu de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (LSSSS) ou la LPJ. Dans cette situation, l'intervenant de la DPJ s'assure qu'une divulgation policière est effectuée et l'intervention déjà en cours vise à évaluer les besoins de l'adolescent et à s'assurer, selon les besoins, que les démarches effectuées y répondent bien.

Les deux étapes du processus d'intervention lié à l'abus sexuel extrafamilial sont :

- l'intervention de crise au moment du dévoilement;
- l'intervention individuelle auprès de l'adolescent et le counseling auprès des parents et de la famille[193].

L'élaboration du contenu de ces étapes s'inspire de différents documents cliniques[194]. Certains éléments de la section sur l'intervention lors d'abus sexuel intrafamilial ont été volontairement repris dans cette section. Ceci, afin de permettre au lecteur qui

---

[191] D. FinKelhor, 1994 dans ACJQ, 2000, *op. cit*., p. 33.

[192] Pour plus d'information, se référer à la section 2.2.4 sur l'obligation de signaler.

[193] S. Young et L. Durocher, 2010, *op. cit*., p. 56.

[194] J-Y. Frappier, *op.cit*., p. 58 à 65; International Rescue Committee , *op.cit*., p. 76 et 200; M. Hébert, M. Cyr et M. Tourigny, 2011, *op.cit.*, p. 363 à 398, Carole Bédard, *op.cit*., Medical University of South Carolina et coll., TF-CBT : http://tfcbt.musc.edu/index.php, (page consultée en septembre 2012); ACJQ, 2000, *op. cit*., p. 33; J.-S. Rycus et R.-C. Hugues, *op. cit.,* p. 232 à 235.

travaille avec l'une ou l'autre de ces situations d'avoir toutes les informations pertinentes lorsqu'il se réfère à la section qui l'intéresse.

Dès le début de l'intervention, l'intervenant explique à l'adolescent et aux parents le processus d'intervention à venir et le rôle de chacun. Il importe de souligner qu'il est utile de répéter le processus puisqu'en cours d'intervention, les informations seront reçues avec un peu plus de recul.

La personne autorisée a la responsabilité de coordonner l'ensemble de l'intervention en regard des besoins de l'adolescent ayant vécu un abus sexuel et sa famille.

L'intervention de crise au moment du dévoilement et en début d'intervention

Utilité de l'étape
L'intervention de crise

- Cette étape permet d'accueillir, de croire et de rassurer l'adolescent, de normaliser ses sentiments, ses réactions et ses comportements. Elle a aussi pour but d'aider l'adolescent à préciser ses besoins, à le protéger contre de nouveaux abus ou des représailles de la part de l'agresseur.
- Cette étape vise également à soutenir la famille, à l'aider à reconnaître qu'il y a eu un abus (l'abuseur est un proche de la famille et les parents doutent du dévoilement fait par l'adolescent). Cette étape vise aussi à protéger l'adolescent, sans pour autant le surprotéger.

Acteurs concernés
L'intervention de crise

- La personne autorisée, l'intervenant É/O, en collaboration avec l'adolescent et sa famille, et s'il y a lieu, l'intervenant de réadaptation, le consultant CSCS et les partenaires associés complètent cette étape.

Stratégies d'accompagnement
L'intervention de crise

AUPRÈS DE L'ADOLESCENT

- L'abus sexuel extrafamilial confronte l'adolescent à sa propre vulnérabilité et un certain nombre de réactions sont prévisibles[195]. Généralement, au début, l'adolescent recherche la sécurité auprès de ses parents ou des gens significatifs de son milieu de vie, puis le retour vers les activités habituelles s'amorce graduellement[196].
- L'intervenant assure à l'adolescent un milieu de vie où sa fratrie et lui sont protégés contre les abus sexuels.
- L'intervenant met des mesures en place afin d'assurer la sécurité psychique de l'adolescent au cours de cette période de crise familiale.
- L'intervenant écoute activement l'adolescent dans ce qu'il vit, dans toutes ses peurs, ses angoisses et inquiétudes, et ce, jusqu'au bout, sans l'interrompre. Sans banaliser, il le rassure sur le fait qu'il n'est pas le seul à vivre une telle situation.
- Si le signalement est retenu, il soutient l'adolescent dans les démarches qui vont suivre, par exemple dans le cadre de l'entente multisectorielle, notamment la démarche sur le plan médical ou la demande d'indemnisation à l'IVAC.
- Si le signalement n'est pas retenu en cours de l'application des mesures, l'entente multisectorielle ne s'enclenchera pas et l'intervenant aura alors un certain nombre de démarches à coordonner, en collaboration avec l'adolescent et ses parents. À titre d'exemple, l'intervenant peut coordonner le contact avec les policiers, que ce soit pour le dépôt de la plainte ou pour une ordonnance visant à interdire les contacts avec l'abuseur. L'intervenant peut également s'assurer que l'adolescent, s'il le désire, soit accompagné lors de la consultation médicale, qu'il soit aidé, lui ou ses parents, pour effectuer la demande d'indemnisation à l'IVAC.
- Si l'adolescent se rétracte et ne veut plus collaborer aux démarches du processus judiciaire, l'intervenant accueille la réaction de l'adolescent en restant neutre. Il ne confirme ni ne contredit ce que l'adolescent dit, il essaie de comprendre

L'écoute active s'illustre entre autres par l'adoption d'une attitude de disponibilité, le fait d'écouter sans interrompre, de questionner sans émettre de jugements, de reformuler les propos afin de s'assurer d'une compréhension commune et d'offrir un renforcement positif.

195 Pour plus d'information, se référer à la section 2.1.7.1 sur les réactions initiales à la suite du dévoilement.

196 J.-Y. Frappier. *op. cit.*, p. 60.

sa situation[197]. L'intervenant doit être patient et normaliser la réaction de l'adolescent en lui expliquant que d'autres adolescents ont aussi eu cette réaction. L'intervenant explore avec lui ce qu'il trouve difficile à vivre depuis le dévoilement et réaffirme que la responsabilité de l'abus sexuel incombe à l'agresseur. Il est à noter que le processus d'accompagnement se maintient même si l'adolescent décide de cesser de collaborer aux démarches du processus judiciaire. Le suivi et les services à mettre en place auprès de l'adolescent se poursuivent dans l'accompagnement de ce choix.

AUPRÈS DES MEMBRES DE LA FAMILLE

- L'intervenant accueille les parents dans ce qu'ils vivent et prend le temps de les écouter. Il les amène à reconnaître, s'il y a lieu, que leur adolescent a été victime d'abus sexuel ou les aide à se dégager des pressions que l'abuseur peut exercer, si tel est le cas.
- Selon la situation, afin de s'assurer que l'adolescent est protégé, une aide concrète peut s'avérer nécessaire (référence, changement d'école, soutien d'un médiateur culturel, etc.).
- Si l'adolescent se rétracte et ne veut plus collaborer aux démarches du processus judiciaire, l'intervenant aide les parents à accueillir et à comprendre que le fait que son adolescent veuille se rétracter est normal. L'intervenant aide les parents à comprendre que la rétractation ne veut pas dire qu'il n'y pas eu d'abus sexuel. Il l'aide à comprendre les tensions que son adolescent peut vivre depuis le dévoilement de l'abus sexuel et à trouver des leviers pour aider son adolescent.
- L'intervenant s'assure que l'abuseur respecte les consignes et les conditions de remise en liberté.

197 International Rescue Committee, *op.cit.*, p. 76.

L'intervention individuelle auprès de l'adolescent et le counseling auprès des parents et de la famille en tant que groupe

L'intervenant poursuit l'évaluation des impacts de l'abus sur le développement et le fonctionnement de l'adolescent.

Utilité de l'étape
L'intervention individuelle auprès de l'adolescent et le counseling auprès des parents et de la famille

- Cette étape permet à l'adolescent d'établir un lien de confiance avec l'intervenant, d'exprimer ses besoins, les impacts de l'abus sur lui-même et sur sa famille, de ventiler les émotions difficiles à la suite du dévoilement et de travailler les objectifs d'intervention.
- Le counseling auprès des parents leur permet d'exprimer leurs émotions en regard de la situation d'abus et de développer leur capacité à offrir le soutien émotionnel et l'encadrement pour répondre aux besoins de leur adolescent, notamment celui de sa protection.

Acteurs concernés
L'intervention individuelle

- La personne autorisée, en collaboration avec l'adolescent et chacun des membres de sa famille, et s'il y a lieu, l'intervenant de réadaptation, le consultant CSCS et les partenaires associés complètent cette étape.

L'ouverture de l'intervenant à entendre ce que l'adolescent pourrait lui dire au sujet de l'abus sexuel est importante afin de ne pas renforcer les stratégies d'évitement qu'adoptent fréquemment les adolescents ayant vécu un abus sexuel.

Stratégies d'accompagnement
L'intervention individuelle auprès de l'adolescent et le counseling auprès des parents et de la famille

AUPRÈS DE L'ADOLESCENT

- L'intervenant discute avec l'adolescent de ses connaissances en regard de l'abus sexuel. Par exemple, ce qu'est un abus sexuel, à qui ça peut arriver, la dynamique d'abus sexuel, comment les adolescents se sentent lorsqu'ils ont été abusés et pourquoi certains ne dévoilent pas ou trouvent difficile de dévoiler l'abus sexuel[198].

[198] M. Hébert, M. Cyr et M. Tourigny, 2011, *op.cit.*, p. 376; Medical University Of South Carolina, TF-CBT : http://tfcbt.musc.edu/index.php (page consultée en septembre 2012) ; International Rescue Committee *op.cit.*, p. 200.

- Si l'adolescent ressent le besoin de parler de l'abus sexuel, l'intervenant écoute activement l'adolescent qui parle de sa situation d'abus sexuel, jusqu'au bout et sans l'interrompre. Parler de l'abus sexuel permet à l'adolescent d'expérimenter « une stratégie d'adaptation positive qui lui permet de faire face à ses pensées et ses émotions plutôt que de tenter de les fuir[199] ».
- À chaque fois que l'occasion se présente, l'intervenant discute avec l'adolescent des mythes [200] entourant l'abus sexuel, des distorsions cognitives ou des perceptions erronées mentionnées qui peuvent nuire à son fonctionnement.
- L'intervenant accompagne l'adolescent dans la reconnaissance de ses émotions, tant positives que négatives, de même que leur expression. Cette intervention aide l'adolescent, d'une part, à mettre des mots sur ce qu'il ressent et d'autre part, à se diriger vers des gens ou des activités qui suscitent des émotions positives[201].
- Il importe également d'aider l'adolescent à respecter les frontières de son intimité et de celles des autres et de le référer à la bonne personne si le contexte ne permet pas de parler de l'abus sexuel (au dîner, devant un grand nombre de personnes, etc.).
- L'intervenant explore avec l'adolescent la place et les relations avec les amis en lien avec la situation d'abus sexuel : s'ils sont informés, s'il a perdu des amis, si l'agresseur fait partie de son groupe d'amis, s'il y a des rumeurs, de l'intimidation ou, si au contraire, il trouve du soutien auprès de ses amis ou si ces derniers s'occupent de le distraire à travers des activités, etc. Malgré l'importance des amis, ces derniers ne remplacent pas le soutien que peuvent apporter les parents[202].
- Si l'adolescent est engagé dans une relation amoureuse, l'intervenant s'informe de l'attitude du copain ou de la

Il est important de redonner à l'adolescent la capacité et les moyens d'agir sur son environnement et de rétablir un sentiment de sécurité afin qu'il puisse reprendre ses activités.

[199] M. Hébert, M. Cyr et M. Tourigny., 2011, *op.cit.*, p. 376.

[200] Pour plus d'information sur les mythes, se référer à la section 2.1.9.

[201] M. Hébert, M. Cyr et M. Tourigny., 2011, *op.cit.*, p.372; Medical University Of South Carolina, TF-CBT : http://tfcbt.musc.edu/index.php, (page consultée en septembre 2012) ; International Rescue Committee, *op.cit.*, p. 200-219-220. Un matériel adapté en fonction de l'âge peut être utilisé, par exemple la reconnaissance des émotions peut s'effectuer par des pictogrammes chez les 12-14 ans et par des photos de visages chez les plus vieux.

[202] J.-Y. Frappier. *op.cit.,* p. 61.

copine (compréhension, jalousie, respect du rythme pour la reprise des activités sexuelles, etc.)[203].

- L'intervenant s'assure que l'adolescent a réponse à ses besoins d'éducation sexuelle[204]. En temps opportun, il discute avec lui de ce qu'est une sexualité saine, lui parle de la notion de consentement, l'aide à restaurer son espace personnel, à établir des frontières, lui apprend à identifier des moyens pour se protéger, bref, différents thèmes traités à travers le programme d'éducation sexuelle du CJM-IU. Le développement de ces habiletés contribuera à aider l'adolescent à reprendre du pouvoir sur sa vie, notamment en lui donnant des moyens pour se protéger d'autres abus sexuels. Le thème de l'apprentissage d'habiletés à se protéger contre d'autres abus sexuels n'est préférablement pas abordé en début d'intervention afin de ne pas culpabiliser l'adolescent, à moins que certains de ses comportements lui fassent courir le risque de subir une nouvelle agression.
- L'intervenant explore le sujet de l'orientation sexuelle, notamment pour les garçons, en s'assurant de défaire le mythe autour du fait qu'on est homosexuel, lorsqu'abusé sexuellement par un homme[205].
- L'intervenant vérifie auprès de l'adolescent s'il connaît des façons de gérer le stress lorsque lui vient des pensées stressantes ou qu'il vit des situations stressantes en lien ou non avec l'abus sexuel[206]. L'intervenant peut, entre autres, lui expliquer l'importance du rôle de la respiration dans les moments stressants et lui enseigner une technique de relaxation[207].

---

[203] J.-Y. Frappier. *op. cit.,* p. 62.

[204] M. Hébert, M. Cyr et M. Tourigny. 2011, *op.cit.;*Medical University Of South Carolina, TF-CBT : http://tfcbt.musc.edu/index.php. (page consultée en septembre 2012).

[205] Pour plus d'information sur les mythes, se référer à la section 2.1.9.

[206] M. Hébert, M. Cyr et M. Tourigny, 2011, *op.cit*., p. 375; Medical University Of South Carolina, TF-CBT : http://tfcbt.musc.edu/index.php (page consultée en septembre 2012); International Rescue Committee, p. 200.

[207] Des techniques de relaxation peuvent être proposées à l'adolescent afin de l'aider à se centrer sur le présent, à mieux gérer son stress, et à reprendre le contrôle. (Exemples en annexe 7). L'activité cognitive comportementale de gestion du stress propose également un certain nombre de techniques de relaxation.

- L'intervenant aide l'adolescent à augmenter sa capacité de résolution de problèmes afin de l'aider à reprendre du pouvoir sur sa vie[208].
- L'intervenant aide l'adolescent à identifier et à développer son réseau de soutien afin de faire contrepoids aux effets négatifs de l'abus sexuel et de l'aider à maintenir ses acquis et à continuer son développement vers l'autonomie. Le retour aux activités habituelles de l'adolescent (l'école, les amis, les sorties, etc.) est un bon indicateur de ce que l'adolescent vit intérieurement[209].
- Tout en démontrant une ouverture à parler de l'abus sexuel, si l'adolescent est suivi en thérapie, l'intervenant l'invite à en parler à son thérapeute. L'intervenant peut se référer à un consultant CSCS afin de convenir des meilleures stratégies pour accompagner l'adolescent.

L'intervenant peut intégrer les parents à certaines parties des rencontres individuelles, selon la progression de la situation.

AUPRÈS DES PARENTS ET DE LA FAMILLE

- L'intervenant soutient les parents et les aide à rétablir un sentiment de sécurité.
- L'intervenant discute avec eux, comme il l'a fait avec l'adolescent, de leurs connaissances en regard de l'abus sexuel, de la dynamique d'abus sexuel, des possibles réactions ou séquelles chez leur adolescent, des raisons pour lesquelles certains ne dévoilent pas et de l'impact de l'abus sexuel chez les membres de la famille, etc.[210]
- L'intervenant accompagne les parents et prend le temps de les écouter dans ce qu'ils vivent en regard de la situation d'abus sexuel de leur adolescent. Il les aide, s'il y a lieu, à reconnaître que leur adolescent a vécu un abus sexuel.
- L'intervenant aide les parents à départager ce qui leur appartient de ce qui appartient à leur adolescent. À titre d'exemple, les réactions des parents sont souvent différentes de celles de leur adolescent ou encore, si le parent a déjà vécu un abus sexuel, les interventions qui l'ont

Il est important de développer chez le ou les parents non abuseurs, la capacité à soutenir leur adolescent.

[208] Des activités cognitives comportementales sont également offertes pour le jeune et ses parents dans les services milieu ou en centre de réadaptation.

[209] J.-Y. Frappier. *op. cit.*, p. 61.

[210] International Rescue Committee, *op. cit.*, p. 200.

aidé ne sont pas nécessairement celles qui répondront aux besoins de leur adolescent[211].

- Il accompagne les parents dans l'apprentissage de l'écoute active afin qu'ils puissent l'utiliser pour soutenir leur adolescent.
- L'intervenant accompagne les parents à remettre en place un cadre familial approprié aux besoins de leur adolescent. Il s'assure que les pratiques parentales offrent un équilibre entre règles, récompenses ou conséquences afin d'éviter de tomber dans certains pièges (chantage émotif, surprotection, compensation, etc.).
- L'intervenant aide les parents à développer un réseau de soutien, à identifier et à mettre en place des stratégies pour protéger leur adolescent.

2.2.11 Les liens avec le cadre conceptuel de l'intégration sociale[212]

Le cadre conceptuel de l'intégration sociale s'inscrit dans une perspective dynamique, à travers une série d'interactions personne/environnement. Il est le dénominateur commun à l'ensemble des programmes, services et activités à l'adolescence. Voici, à cet effet, la définition retenue de l'intégration sociale :

L'important n'est pas d'arriver à catégoriser définitivement et « correctement » les habiletés, mais surtout à faire un relevé relativement complet des acquisitions nécessaires à une intégration sociale optimale (Keable 2008).

> « L'intégration est la résultante d'un processus d'apprentissage et de développement qui implique :
>
> - une fonctionnalité dans l'exécution de rôles sociaux appropriés à son groupe d'âge (travailleur, étudiant, ami, partenaire amoureux, citoyens) et à ses capacités;
> - une appartenance à des groupes dont le fonctionnement respecte les règles, les valeurs et les normes morales et légales;
> - des relations adéquates, stables et réciproques avec ces groupes (dimension objective) dans lesquelles on se sent apprécié et investi en tant qu'individu (dimension subjective)[213]. »

Cette définition nous renvoie aux domaines de l'intégration sociale soit personnel, relationnel/familial, fonctionnel/productif et symbolique (voir annexe 8). Ces quatre domaines ne sont pas mutuellement

[211] J.-Y. Frappier, *op.cit.,* p. 68 et 72.

[212] P. Keable, *op. cit*., p. 3-5.

[213] P. Keable, *op. cit*., p. 3.

exclusifs, mais plutôt interdépendants et reliés à l'intérieur d'un processus dynamique qui vise l'intégration sociale optimale du jeune.

C'est dans cette perspective dynamique que s'apprécient et se construisent l'évaluation et l'intervention en matière d'abus sexuel et conduites à risque à l'adolescence afin, à terme, de s'assurer de l'intégration sociale de l'adolescent.

L'évaluation de la situation et l'intervention auprès de l'adolescent et de sa famille nécessitent la prise en compte de plusieurs éléments. Les facteurs de protection et les facteurs de risque, les réactions, conséquences et séquelles à la suite du dévoilement de l'abus sexuel, la compréhension de la dynamique, des besoins et des rôles de chacun des membres de la famille en sont des exemples.

L'évaluation de ces éléments s'intègre bien dans les deux modèles présentés pour expliquer la variabilité dans la manifestation des séquelles[214]. En ce qui a trait au modèle qui met en lien une série d'interactions entre les pensées et les comportements des adolescents et l'environnement, il vient davantage préciser les leviers d'intervention qui expliquent la variabilité des séquelles. En effet, trois catégories de facteurs influencent la variabilité des séquelles soit :

1) Les éléments constituant le stress lié à l'abus sexuel :
   - Caractéristiques de l'abus;
   - Événements entourant l'abus;
   - Événements liés au dévoilement.
2) Les variables de l'environnement;
3) Les facteurs personnels de l'adolescent.

Ces trois catégories influencent :

1) L'évaluation cognitive (attribution de blâmes);
2) Les stratégies d'adaptation (recherche de soutien) de l'adolescent.

Les stratégies d'adaptation et les attributions cognitives de l'adolescent agissent comme médiateur aux conséquences de l'abus sexuel. Tous ces éléments constituent des leviers d'intervention utilisés en fonction de l'évaluation des besoins de l'adolescent.

Quant au modèle qui décrit davantage les séquelles liées aux dynamiques traumatisantes à la suite de l'abus sexuel, il peut être utilisé pour identifier les séquelles et comprendre à quelle dynamique elles se rattachent. Voici la nature des quatre traumatismes :

---

[214] Se référer aux sections 2.1.7.2 et 2.1.7.3 du présent guide.

- La sexualisation traumatique;
- Le sentiment d'être trahi;
- L'impuissance;
- La stigmatisation.

Ces modèles explicatifs de la variabilité des séquelles s'intègrent tout à fait dans notre cadre conceptuel de l'intégration sociale. À titre d'exemple, l'accompagnement de l'adolescent dans sa prise en charge de certains aspects du domaine relationnel/familial (amélioration de la qualité de la relation parent non abuseur/adolescent abusé) peut avoir une influence sur le domaine personnel (s'attribue moins de blâmes, développe sa capacité à rechercher du soutien). Le maintien ou le développement de ces aspects du domaine relationnel/familial et du domaine personnel peut avoir une incidence sur le domaine fonctionnel/productif (jeune s'améliore à l'école). Cette nouvelle situation peut influencer certains aspects du domaine symbolique (adhésion de l'adolescent aux valeurs et normes sociales, sentiment d'utilité sociale, perception de soi dans le monde).

De multiples types d'interactions entre ces différents domaines sont également possibles afin d'intervenir dans les situations à risque sérieux d'abus sexuel ou d'abus sexuel. Il s'avère donc important de prendre en considération tous les domaines afin d'en faire tantôt des opportunités, tantôt des défis à relever afin de favoriser une intégration sociale optimale de l'adolescent.

Afin de faciliter l'arrimage entre le cadre d'intégration sociale et l'intervention en matière d'abus sexuels et conduites à risque, le tableau suivant propose des exemples de compétences[215] à rétablir, maintenir ou à développer chez l'adolescent de même que les compétences parentales associées nécessaires pour répondre de façon satisfaisante aux besoins de l'adolescent. Le tableau propose également des compétences à développer chez la fratrie dans la mesure où ces dernières peuvent aider l'adolescent victime.

Les compétences proposées le sont à titre d'exemple et ne sont pas exhaustives. Ces compétences sont en lien avec les séquelles possiblement subies à la suite d'un abus sexuel et différents éléments de résilience pour contrer les conséquences de l'abus. Le rétablissement, le maintien ou le développement de ces compétences peuvent contribuer à réduire les séquelles ou faire contrepoids aux effets négatifs liés à l'abus sexuel. Les modalités d'intervention sont

[215] Ces compétences sont inspirées de A. Thomassin et P. Keable, *op. cit.*, p. 55-62; C. Bédard, *op. cit.,* p. 20-35; et de différents articles scientifiques mentionnés en notes au bas des pages de cette section.

présentées à titre d'exemple et doivent être adaptées en fonction des besoins de l'adolescent, des capacités du milieu familial et de l'évolution du processus d'intervention. Elles sont inscrites au PII.

Domaine	INTERVENTION SPÉCIALISÉE DU CJM-IU Exemples de compétences à rétablir, maintenir ou à développer chez l'adolescent victime, de même que les compétences associées des parents et de la fratrie	Exemples de modalités d'intervention
Personnel ▪ Volet psychocorporel ▪ Volet affectif ▪ Volet cognitif	**Compétences à rétablir, maintenir ou à développer chez l'adolescent ayant vécu un abus sexuel** • Développer des valeurs et des connaissances en matière de sexualité[216] (amour, responsabilisation, respect de soi et des autres, frontières, intimité sexuelle, différentes formes d'exploitation sexuelle, etc.). • Développer sa capacité à identifier les situations à risque d'abus sexuel et à s'en protéger[217]. • Apprendre à mettre des mots sur son ressenti (peurs, colère, culpabilité, honte, etc.), différencier puis comprendre ce qui est ressenti. • Développer sa capacité à donner un sens à l'abus sexuel. • Développer l'espoir en son processus de guérison. • Développer l'habileté à rechercher du soutien et de l'aide. • Développer la capacité à trouver des solutions aux problèmes. • Développer son estime personnelle en identifiant ses forces et ses qualités en se réalisant dans des activités[218]. • Développer ou rétablir sa capacité à reprendre le contrôle sur sa vie.	Programme d'éducation sexuelle en mode individuel ou de groupe. Rencontre individuelle, en dyade, familiale. Aider le jeune à ce qu'il ne se sente pas responsable de l'abus. C'est l'abuseur qui est responsable des gestes de l'abus. Activités d'apprentissage en mode groupe ou en mode familial. Inscription à un organisme communautaire ou à une activité pour développer des habiletés. Aider le jeune à s'affirmer, lui demander son avis, l'impliquer dans des décisions selon son niveau de développement.
	Compétences associées à rétablir, maintenir ou à développer chez la fratrie • Apprendre à nommer son ressenti, notamment le potentiel conflit de loyauté entre l'adolescent abusé et l'abuseur (dans l'éventualité où la fratrie est au courant). • Développer des valeurs et des connaissances en matière de sexualité (amour, responsabilisation, respect de soi et des autres, frontières, l'abus sexuel, etc.).	Rencontre individuelle, en dyade, familiale. Référence à un organisme d'aide.

[216] M.-E. Paradis, *op. cit.*, p. 7.

[217] *Ibid.*, p.7.

[218] M.-E. Paradis, *op. cit.,* p. 7.

Domaine	INTERVENTION SPÉCIALISÉE DU CJM-IU Exemples de compétences à rétablir, maintenir ou à développer chez l'adolescent victime, de même que les compétences associées des parents et de la fratrie	Exemples de modalités d'intervention
Personnel (suite) ▪ Volet psychocorporel ▪ Volet affectif ▪ Volet cognitif	**Compétences parentales associées chez le parent non abuseur** • Croire son adolescent quant aux gestes d'abus sexuel qu'il a subit et le soutenir en ce sens[219]. • Développer sa connaissance du développement psychosocial et psychosexuel de l'adolescent. • Développer sa capacité à protéger son adolescent des abus sexuels. • Développer sa connaissance des frontières à établir sur le plan de l'intimité. • Développer sa capacité à reprendre le contrôle sur sa vie malgré les bouleversements, afin d'être disponible à son adolescent.	Rencontre individuelle, en dyade, familiale. Expliquer aux parents le développement psychosocial à l'adolescence. Aider le parent à identifier des facteurs de risque et des facteurs de protection en matière d'abus sexuel. Aider le parent à comprendre la dynamique de l'abus sexuel et les préconditions du passage à l'acte. Aider le parent à identifier ses enjeux personnels en regard de l'abus sexuel (confusion des rôles, manque de surveillance, dépendance ou soumission à l'abuseur, isolement social, etc.). Aide concrète. Référence à des organismes.
	Compétences parentales associées chez l'abuseur • Reconnaître les gestes d'abus sexuel et sa responsabilité en regard de ses gestes et de leurs impacts. • S'engager dans une démarche thérapeutique individuelle ou de groupe pour abuseurs. • Développer la capacité d'être empathique à l'autre, par exemple aux conséquences de l'abus sexuel sur l'adolescent ou sur les autres membres de sa famille.	Rencontre individuelle. Référence à un groupe d'entraide.

[219] M. H. Dufour, L. Nadeau et K. Bertrand. « Les facteurs de résilience chez les victimes d'abus sexuel : État de la question », *Child Abuse & Neglect*, 2000, p. 790.

Domaine	INTERVENTION SPÉCIALISÉE DU CJM-IU Exemples de compétences à rétablir, maintenir ou à développer chez l'adolescent victime, de même que les compétences associées des parents et de la fratrie	Exemples de modalités d'intervention
Relationnel/ Familial ▪ Volet intégration familiale ▪ Volet intégration à des groupes d'amis ▪ Volet relations amoureuses ▪ Volet intégration à des groupes de loisirs et communautaires	**Compétences à rétablir, maintenir ou à développer chez l'adolescent ayant vécu un abus sexuel** • Développer ou rétablir sa capacité à faire confiance aux gens[220]. • Développer des relations saines et dans le respect mutuel. • Développer des relations saines avec les pairs[221]. • Apprivoiser puis développer une relation saine et positive avec un adulte de son environnement. • Développer la capacité à aller chercher du soutien émotionnel chez ses amis, ses parents, sa fratrie ou chez des professionnels. • Développer des liens à l'extérieur de la famille. • Maintenir ou développer un sentiment d'appartenance à un groupe social. • Soutenir, chez l'adolescent placé, les interactions relationnelles avec sa famille.	Aider le jeune à identifier et comprendre ses besoins affectifs, ses limites dans les relations amicales, amoureuses et familiales. Programme d'éducation sexuelle en mode individuel ou de groupe. Aider le jeune à qualifier la nature des relations qu'il entretient avec ses amis et les adultes autour de lui. Favoriser la recherche de lieux intéressants à fréquenter dans son milieu.
	Compétences associées à rétablir, maintenir ou à développer chez la fratrie • Soutenir la relation avec l'adolescent victime d'abus sexuel. • Développer, en fonction de son âge et de ses capacités, le soutien à offrir à l'adolescent victime d'abus sexuel.	Rencontre individuelle, en dyade, familiale.

220 M. H. Dufour, L. Nadeau et K. Bertrand. *op. cit.*, p. 427.

221 T. Lynskey et D.M. Furgusson, 1997 dans M. Tardif. *L'Agression Sexuelle : Coopérer au-delà des frontières*, Montréal : Cifas Institut Philippe-Pinel de Montréal, 2005, p. 371-383. [En ligne] http://www.cifas.ca et http://www.psychiatrieviolence.ca. (page consultée le 19 décembre 2012)

Domaine	INTERVENTION SPÉCIALISÉE DU CJM-IU Exemples de compétences à rétablir, maintenir ou à développer chez l'adolescent victime, de même que les compétences associées des parents et de la fratrie	Exemples de modalités d'intervention
Relationnel/ Familial (suite) ▪ Volet intégration familiale ▪ Volet intégration à des groupes d'amis ▪ Volet relations amoureuses ▪ Volet intégration à des groupes de loisirs et communautaires	**Compétences parentales associées chez le parent non abuseur** • Améliorer la relation et la communication parent non abuseur/adolescent victime. • Être à l'écoute de l'adolescent victime dans toutes ses peurs, ses angoisses, ses doutes et ses inquiétudes sans le blâmer. • Soutenir l'adolescent quant au fait qu'il n'est pas responsable de l'abus sexuel et de leurs impacts. • Soutenir chez son adolescent le sentiment de maîtrise sur son environnement[222]. • Accepter, comprendre et aider son adolescent de façon générale, dans toutes les sphères et non seulement en fonction de l'abus sexuel[223]. • Gérer l'intimité entre les membres de la famille. • Rétablir les rôles, l'équilibre et l'équité entre les membres de la famille. • Développer sa capacité à clarifier sa relation conjugale. • Se tenir informé du processus en cours et des mesures de protection. • S'assurer de maintenir ou de développer les liens extérieurs à la famille.	Rencontre individuelle, en dyade, familiale. Activité d'apprentissage de groupe ou en mode familial. Aider le parent à identifier les capacités et les défis que peut relever son adolescent en fonction de son développement. Amener le parent à solliciter l'avis de son adolescent pour lui permettre de reprendre du pouvoir sur sa vie. Aider le parent à établir des règles et à se donner des moyens concrets, entre autres ne pas tolérer la critique négative, le rejet et la culpabilisation. Questionner le parent quant à ses besoins et à la façon dont il veut y répondre.
	Compétences parentales associées chez l'abuseur • Ne pas blâmer l'adolescent ni aucun membre de la famille. • Respecter l'adolescent s'il y a une demande de distanciation. • Respecter l'adolescent et les membres de la famille dans leur cheminement vers une réconciliation, s'il y a lieu. • Développer sa capacité à clarifier sa relation conjugale.	Référence à un groupe d'entraide. Rencontre individuelle, en dyade, familiale.

[222] I. Daigneault, M. Hébert et M. Tourigny. « Personnal and Interpesonal Characteristics Related to Resilient Developmental Pathways of Sexually Abused Adolescents », *Child and Adolescent psychiatric clinics of North America,* vol. 16, 2007, p. 427.

[223] C. Thériault; M. Cyr et J. Wright. «Facteurs contextuels associés aux symptômes d'adolescentes victimes d'agression sexuelle intrafamiliale», *Child Abuse & Neglect,* vol. 27, 2003, p. 1303.

Domaine	**INTERVENTION SPÉCIALISÉE DU CJM-IU** Exemples de compétences à rétablir, maintenir ou à développer chez l'adolescent victime, de même que les compétences associées des parents et de la fratrie	Exemples de modalités d'intervention
Fonctionnel/ Productif ▪ Volet Intégration à l'école ▪ Volet intégration à l'emploi ▪ Volet intégration à la vie économique	**Compétences à rétablir, maintenir ou à développer chez l'adolescent ayant vécu un abus sexuel** • Renforcer et maintenir sa motivation à l'école, à son emploi. • Se projeter dans un projet d'étude à long terme.	Rencontre individuelle, en dyade. Aider le jeune à identifier qui ou quel service pourrait l'aider dans son parcours scolaire.
	Compétences parentales associées chez le parent non abuseur • Soutenir l'adolescent dans son cheminement scolaire. • Soutenir l'adolescent dans son projet d'étude à long terme.	Rencontre individuelle, en dyade. Aider le parent et le jeune à identifier qui ou quel service pourrait aider l'adolescent dans son parcours scolaire.

Domaine	**INTERVENTION SPÉCIALISÉE DU CJM-IU** Exemples de compétences à rétablir, maintenir ou à développer chez l'adolescent victime, de même que les compétences associées des parents et de la fratrie	Exemples de modalités d'intervention
Symbolique ▪ Volet sentiment d'utilité sociale ▪ Volet niveau d'identification aux normes sociales ▪ Volet perception de soi dans le monde	**Compétences à rétablir, maintenir ou à développer chez l'adolescent ayant vécu un abus sexuel** • Apprendre à se projeter dans l'avenir et se questionner sur son devenir en tant que personne. • Se rattacher aux règles positives qui existent dans sa famille et dans les groupes sociaux auxquels il appartient. • Faire des liens entre le passé, l'ici et maintenant et sa projection dans l'avenir.	Rencontre individuelle, en dyade, familiale. Questionner l'adolescent sur les motivations qui sous-tendent ses décisions.
	Compétences parentales associées chez le parent non abuseur • Reconnaître la capacité de responsabilisation de son adolescent. • Prendre conscience du modèle offert comme parent. • Prendre sa place, son rôle de parents.	Aider le parent à identifier le niveau de développement de son adolescent et à l'accompagner dans ce sens. Aider le parent à voir l'impact de ses comportements sur son adolescent.
	Compétences parentales associées chez le parent abuseur • Respecter les mesures de protection, les interdits ou modalités de contact avec l'adolescent et les autres membres de la famille. • Prendre conscience de la gravité des gestes d'abus pour la victime.	Supervision des contacts. Référence à un groupe d'entraide. Rencontre individuelle, dyadique, familiale selon l'évolution de la situation.

2.2.12 La programmation à l'adolescence, interventions animées par des intervenants psychosociaux et de réadaptation

La programmation offerte en territoire complète le suivi psychosocial en offrant un mode d'intervention supplémentaire pour développer les compétences ciblées en lien avec les besoins de l'adolescent et de ses parents. Certaines habiletés enseignées et expérimentées par les adolescents et les parents dans le cadre de la programmation à l'adolescence soutiennent les objectifs visés par l'intervention en matière d'abus sexuel. C'est le cas des activités du « Programme d'éducation sexuelle au CJM-IU », des activités « Habiletés de communication », « Résolution de problèmes », « En contact », « Ado mode d'emploi » et « Régulation de la colère ».

Les activités du programme d'éducation sexuelle au CJM-IU peuvent se donner en mode individuel ou de groupe. Ces activités permettent à l'adolescent de développer une meilleure connaissance en matière de sexualité. À titre d'exemple, l'adolescent amorcera une réflexion sur :

- ses valeurs en matière d'amour ou d'amitié;
- les valeurs de respect de soi et des autres;
- les connaissances sur le respect des frontières à établir;
- ses connaissances sur les différentes formes d'exploitation sexuelle, etc.

L'activité sur les « Habiletés de communication » offerte en mode familial et l'activité de « Résolution de problèmes » donnée en mode groupe permettent le développement d'habiletés sociales qui contribuent à développer le sentiment de reprise du contrôle sur soi. En voici quelques exemples :

- Mettre des mots sur ses émotions;
- Trouver des solutions;
- Rechercher du soutien;
- Négocier.

Les activités « En contact » et « Ado-mode d'emploi » offertes aux parents, leur permettent de reprendre leur rôle en tant que parent et de développer des compétences en améliorant leur connaissance :

- En regard du développement de leur adolescent;
- En regard de l'encadrement approprié au niveau du développement de leur adolescent.

Quant à l'activité « Régulation de la colère », elle permet de développer :

- Une meilleure connaissance des valeurs morales qui sous-tendent les comportements de l'adolescent et de ses parents;
- Une meilleure connaissance de ce qu'est l'empathie;
- De meilleures habitudes de gestion de la colère.

Il importe donc que l'intervenant psychosocial coordonne les services offerts à l'adolescent et à ses parents afin de répondre à leurs besoins.

Pour orienter la clientèle vers la programmation qui convient, les intervenants peuvent se référer à leur chef de service ou à la responsable de programmation en service milieu ou en hébergement. Pour le programme d'éducation sexuelle du CJM-IU, les intervenants peuvent se référer aux personnes relais « sexo » à l'adolescence.

2.2.13 Le traitement spécialisé

Le traitement spécialisé est dispensé généralement par nos partenaires. Le besoin d'un traitement spécialisé en lien avec l'abus sexuel est évalué par les intervenants mandatés par l'IVAC qui nous transmettront leurs recommandations en ce sens ou nous proposerons d'autres types de recommandations. Il est également possible que les besoins de l'adolescent soient aussi évalués par un psychologue du CJM-IU ou un psychologue des services externes.

Également, l'intervenant psychosocial peut, en cours d'application des mesures, faire appel à un consultant clinique s'il a des doutes sur les besoins ou les comportements de l'adolescent. Ce dernier pourra apporter un éclairage sur la pertinence ou non d'avoir recours à une évaluation et/ou à un traitement spécialisé. L'intervenant psychosocial doit s'assurer de coordonner l'ensemble des services offerts et s'assurer d'une continuité dans l'intervention.

Le tableau[224] suivant présente les cibles d'intervention traitées par nos partenaires pour l'adolescent ayant vécu un abus sexuel, le parent non abuseur et le parent ou le membre de la famille qui a commis un abus sexuel.

---

[224] Inspiré de S. Young et L. Durocher, 2010, *op. cit.*, p. 64-65.

Clientèle	TRAITEMENT SPÉCIALISÉ Les cibles d'intervention	Exemples de modalités d'intervention
L'adolescent ayant vécu un abus sexuel	• Réduire à court ou moyen terme les séquelles psychologiques résultant de l'abus, les atteintes au fonctionnement de l'adolescent, les difficultés présentées au niveau de la personnalité et faciliter la réparation du trauma. • L'adolescent victime peut avoir besoin de traitement spécialisé en fonction de ses difficultés consécutives aux abus sexuels : des troubles de comportement graves (fugues, se met en danger, consomme des drogues et de l'alcool, etc.), des problèmes de santé mentale (dépression, idées suicidaires, psychose, etc.), de graves séquelles (blessures physiques, etc.).	Entrevue individuelle ou de groupe.
Le parent non abuseur	• Diminuer les conséquences liées au dévoilement de l'abus; dépression, symptôme post-traumatique, anxiété, problématiques personnelles comme la toxicomanie et les problèmes de santé mentale. • Prendre conscience, selon le cas, des enjeux dans son développement personnel qui lui ont causé certains blocages et l'on amené à se retrouver, de façon répétitive, dans des systèmes dysfonctionnels et abusifs.	Thérapie individuelle. Thérapie de groupe. Thérapie de couple. Thérapie familiale. Services spécialisés.
Le parent ou le membre de la famille qui a commis un abus sexuel.	• Prévenir la récidive (chaîne délictuelle). • Modifier les préférences sexuelles. • Modifier les erreurs de pensée. • Développer des habiletés sociales, la capacité de résoudre des problèmes. • Acquérir une éducation sexuelle.	Traitements cognitivo-behavioristes. Entrevue individuelle ou de groupe. Psychothérapies individuelles ou de groupe. Traitement hormonal.

2.2.14 Les services offerts par le Centre d'expertise Marie-Vincent (CEMV)[225]

La clientèle visée par le Centre d'expertise Marie-Vincent (CEMV) est composée d'enfants de 12 ans et moins, ainsi que de leur parent non abuseur ou de l'adulte significatif (éducateur, famille d'accueil, etc.). La proportion de la clientèle adolescente âgée de 12 ans et moins peut donc être traitée par les services du CEMV. Les services policiers et médicaux sont offerts sur place. Le centre offre des services d'évaluation des besoins et des services de traitement spécialisé pour les enfants victimes. De l'aide thérapeutique est offerte à l'enfant accompagné de son parent ou de ses parents (protecteurs ou non abuseurs). Le centre offre également des services personnalisés

[225] Inspiré de S. Young et L. Durocher, 2012, *op. cit.*, p. 65.

(individuels ou de groupe), avec ou sans la présence de la DPJ, pour soutenir les parents rencontrés suite à une investigation policière lors du dévoilement. Si l'évaluation d'IVAC entraîne la recommandation d'un traitement thérapeutique au CEMV, l'intervenant à l'application des mesures s'assure de faire le lien avec le Centre d'expertise. Pour toutes demandes ou références de la part d'un intervenant à l'application des mesures, il s'agit de contacter le centre en téléphonant au 514 285-0505, et ce dernier sera dirigé vers la ressource appropriée pour la demande d'aide.

Partie 3

Les conduites à risque chez les adolescents ayant vécu un abus sexuel

D'autres comportements autodestructeurs peuvent être associés au fait d'avoir vécu un abus sexuel, par exemple les troubles alimentaires. Également, même s'il est clair que seulement une faible proportion des adolescents abusés sexuellement commettra des agressions à caractère sexuel, le fait d'avoir été abusé sexuellement semble être un des facteurs de risque (Knight et Sims-Knight ,2005).

Bien qu'il soit reconnu qu'un certain nombre de jeunes ayant vécu un abus sexuel ne semblent pas présenter de séquelles, il importe de se rappeler qu'un grand nombre d'entre eux développeront des symptômes, des problèmes d'adaptation ou de santé mentale. Les conséquences à la suite d'un abus sexuel sont sensiblement les mêmes, que l'on soit un garçon ou une fille. La principale différence suggérée par la littérature réside dans le fait que les conséquences liées à des problèmes extériorisés (comportements agressifs et antisociaux) se retrouvent davantage chez les garçons, alors que chez les filles, ce sont les conséquences liées aux problèmes intériorisés (comportements autodestructeurs et dépressifs) qui sont prépondérantes[226]. On remarque également que les garçons présentent une plus grande réticence à se reconnaître comme une victime d'abus sexuel et une plus grande tendance à vivre de la confusion quant à leur identité sexuelle[227].

Ainsi, que l'on soit un garçon ou une fille, les adolescents ayant vécu un abus sexuel peuvent développer certaines conduites à risque qui exacerbent les conséquences liées à l'abus sexuel [228]. Lorsqu'une personne met sa santé, sa situation sociale ou sa vie en danger, elle adopte une conduite à risque. Les comportements à risque peuvent être définis ainsi :

---

[226] J. Briere et R. Marsha, *op.cit.*, p. 312.

[227] C. Tremblay et T. M. Lebeau. « Les hommes victimes d'abus sexuel dans l'enfance : problématique et traitement de groupe. », *Intervention,* n°101, 1995, p. 41.

[228] J. Wright, W. Friedrich, C. Cinq-Mars, M. Cyr et P. McDuff. « Self-Destructive and Delinquent Behaviors of Adolescent Female Victims of Child Sexual Abuse : Rates and Covariates in Clinical and Nonclinical Samples », *Violence and Victims,* vol. 19, n°6, 2004, p. 628.

> « ...des conduites qui présentent des risques immédiats sur le plan physique ou psychologique et qui peuvent compromettre la santé future de même que les réussites scolaires ou professionnelles de la personne[229] ».

La prise de risque à la période de l'adolescence fait partie du processus de développement normal. Pour les jeunes qui s'intègrent difficilement à la société, qui ont vécu un abus sexuel ou qui vivent un mal-être; le goût du risque prend de plus en plus une tendance vers des conduites comportant des risques pour leur propre vie.

Les conduites à risque adoptées à la suite d'un abus sexuel les plus fréquemment mentionnées dans la littérature scientifique, et dont nous traiterons dans cette section, sont les comportements d'automutilation, les idéations suicidaires et tentatives de suicide, les comportements sexuels à risque, la consommation abusive d'alcool et de drogue et les comportements délinquants[230]. Il faut aussi garder en tête qu'un adolescent peut adopter plus d'une de ces conduites à risque, amplifiant ainsi l'effet des conséquences physiques, psychologiques et sociales liées à l'abus sexuel.

Les conduites à risque abordées dans cette section s'apparentent à certains comportements susceptibles d'être des motifs retenus en LPJ en troubles de comportements sérieux. S'il est important de préciser que l'adoption de ces conduites à risque à l'adolescence ne signifie pas que l'adolescent a nécessairement vécu un abus sexuel, il faut toutefois être sensible au fait que 34,3 % des filles et 5,8 % des garçons pris en charge sous le motif de troubles de comportement sérieux ont révélé avoir déjà vécu un abus sexuel[231]. Ceci dit, peu importe la cause, ces conduites sont souvent révélatrices d'un mal-être.

Cette troisième partie n'a pas la prétention de couvrir l'ensemble de chacune de ces problématiques ni leur concomitance. Elle se veut un premier pas pour sensibiliser l'intervenant à l'importance des problématiques qui peuvent être associées à l'abus sexuel et à offrir des hypothèses et des pistes d'intervention.

---

[229] Sarigiani, Lenoraann, Petersen, 1999, dans J. Wright et coll., 2006, *op.cit.*, p. 302.

[230] J. Wright et coll., 2006, *op. cit.*, p. 318.

[231] P. Verlaan, et M. Déry. *Les conduites antisociales chez les filles : Comprendre pour mieux agir*. Ste-Foy : Presses de l'Université du Québec, 2006. p. 376.

3.1 Les adolescents ayant vécu un abus sexuel et l'automutilation

Les comportements d'automutilation sont des blessures physiques infligées à soi-même sans intention de mettre fin à sa vie.

Le lien entre le fait d'avoir vécu un abus sexuel et les comportements d'automutilation à l'adolescence est suffisamment répertorié pour justifier le fait d'alerter les intervenants sur cette double problématique. Cette section proposera une définition pour l'automutilation de même que quelques données qui y sont reliées. La double problématique des adolescents adoptant des comportements d'automutilation à la suite d'un abus sexuel sera abordée ainsi que quelques hypothèses et pistes d'intervention en lien avec l'adoption de ces comportements.

3.1.1 Définition de l'automutilation

En ce qui a trait à **l'automutilation,** nous retenons la définition contenue dans le guide de soutien à la pratique en santé mentale pour les jeunes de 12 à 18 ans :

> « L'automutilation comprend toutes les pratiques entraînant des lésions des tissus ou des organes; elle peut consister soit dans la blessure ou l'ablation totale ou partielle d'un organe ou d'un membre, du revêtement cutané ou de ses annexes, soit enfin dans des manœuvres (…) pouvant compromettre sa vitalité ou son fonctionnement sans que cependant elle ait été accomplie dans le but de se donner la mort[232] ».

Les comportements d'automutilation peuvent, entre autres, prendre les formes suivantes : se lacérer les poignets, s'égratigner jusqu'à saigner, se brûler la peau, se cogner la tête, se couper, s'étrangler, s'empoisonner, marcher devant un véhicule en mouvement, se frapper ou se piquer[233].

---

[232] P. Garel dans D. Masse, *Guide de soutien à la pratique en santé mentale pour les jeunes de 12 à 18 ans*. CJM-IU. 2010. p. 92.

[233] M. Cyr, P. McDuff, J.Wright, C.Thériault et C. Cinq-Mars. « Clinical Correlates and Repetition of Self-Harming Behaviors among Female Adolescent Victims of Sexual Abuse », *Journal of Child Sexual Abuse,* vol. 14, n°2, 2005, p. 58.

3.1.2 Automutilation chez les adolescents en général et dans les populations vulnérables

Il est important d'évaluer ce à quoi répondent les comportements d'automutilation.

Chez les jeunes en général :

Il est difficile de traduire avec précision le pourcentage d'adolescents qui adoptent des comportements d'automutilation. Toutefois dans une étude portant sur deux écoles secondaires [234]:

- 13,9 % des étudiants interrogés ont révélé avoir adopté des comportements d'automutilation;
- De ce nombre, une plus grande proportion de filles (64 %) que de garçons (36 %) rapportent s'être automutilées.

Chez les jeunes en difficulté :

L'ampleur de ce phénomène se manifeste encore plus parmi une population plus vulnérable, notamment celle des jeunes hébergés en centre jeunesse[235] :

Chez les 12-20 ans :

- 45,9 % ont rapporté s'être blessés volontairement.

Chez les 14-17 ans :

- 66,8 % des filles et 33,3 % des garçons se sont blessés volontairement.

Le comportement d'automutilation, même s'il n'apparaît pas comme adapté au sens où nous l'entendons habituellement, a un sens pour celui qui l'adopte :

> « L'automutilation est un comportement adaptatif, il vise le soulagement rapide et temporaire d'une confusion ou d'une souffrance psychique et répond à un besoin de se sentir vivant, de se raccrocher à la réalité[236] ».

Il est important de noter qu'il existe, chez les adolescents qui adoptent des comportements d'automutilation, une « chaîne comportementale qui précède le passage à l'acte. Cette chaîne comportementale est constituée d'un déclencheur de pensée, d'émotions et de

[234] S. Ross, et Health, N., « A Study of the Frequency of Self-Mutilation in a Community Sample of Adolescents, *Journal of Youth and Adolescence »,* vol. 31, n°1, 2002, p. 67.

[235] G. Lambert et coll., 2012, *op.cit*., p. 49.

[236] D. Masse, *op. cit*., p. 92.

comportements qui traduisent une augmentation de la tension interne[237] ».

3.1.3 Double problématique : Les adolescents adoptant des comportements d'automutilation à la suite d'un abus sexuel

Les études concernant spécifiquement les comportements d'automutilation à la suite d'un abus sexuel traitent surtout des filles. Les études sur les comportements d'automutilation commis par les garçons à la suite d'un abus sexuel sont peu nombreuses.

Les auteurs s'entendent généralement sur le fait que les adolescents ayant vécu un abus sexuel sont plus susceptibles d'adopter des comportements d'automutilation que ceux n'ayant vécu une telle situation. Dans une étude portant sur une population d'adolescents issus de 27 écoles secondaires :

- 54 % des adolescents abusés sexuellement avaient adopté des comportements d'automutilation versus 17 % des adolescents non abusés[238].

Dans le cadre d'études concernant une population d'adolescentes plus vulnérables, suivies en protection de la jeunesse et ayant vécu un abus sexuel :

- 62,1 % d'entre elles adoptent au moins un comportement d'automutilation[239];
- Certains comportements d'automutilation ont été révélés deux fois plus souvent par les adolescentes abusées que par celles qui ne l'ont pas été (se cogner la tête et se lacérer les poignets)[240].

D'autres comportements associés tels que des troubles alimentaires, le refus d'avoir de l'aide ou le fait d'adopter des comportements dangereux, sont également commis plus souvent chez les filles abusées que chez les filles non abusées[241].

---

237 D. Masse, *op. cit*., p. 93.

238 G. Martin, H-A., Bergen, A.-S. Richardson, L. Roeger et S. Allison. « Sexual abuse and suicidality : gender differences in a large community sample of adolescents », *Child Abuse & Neglect,* vol. 28, 2004, p. 495.

239 M. Cyr et coll., 2005*, op. cit.,* p. 61.

240 J. Wright et coll., 2004, *op. cit.,* p. 634.

241 *Ibid.*, p. 634-636.

Outre le type de comportements d'automutilation, la commission de plusieurs comportements d'automutilation différents est susceptible de cacher des problèmes sous-jacents auxquels nous devons nous adresser :

- Les filles ayant vécu un abus sexuel et qui adoptent plus de trois comportements d'automutilation différents sont plus susceptibles de vivre, entre autres, des problèmes de :
  - délinquance;
  - anxiété/dépression;
  - plaintes somatiques;
  - problèmes sur le plan de la sexualité;
  - trouble de stress post-traumatique[242].

Il est à noter que lorsque des comportements d'automutilation sont observés, l'intervenant peut consulter le Guide de soutien à la pratique en santé mentale chez les jeunes de 12 à 18 ans et se référer au consultant de la CSCS.

3.1.4 Hypothèses et pistes d'intervention auprès des adolescents adoptant des comportements d'automutilation à la suite d'un abus sexuel

Les émotions ressenties à la suite d'un abus sexuel, par exemple la colère, la honte ou le sentiment d'impuissance peuvent être retournés contre soi à travers des comportements d'automutilation.

Dans la population générale comme chez les adolescents abusés, les comportements d'automutilation semblent avoir une fonction adaptative. L'intervenant doit identifier avec le jeune ce à quoi répondent les comportements d'automutilation et ce qui l'amène à s'engager dans un cycle tension-automutilation-soulagement afin de l'aider à se dégager de ce cycle[243]. L'adoption de comportements d'automutilation peut cacher d'autres problèmes; la collaboration avec le consultant CSCS et le Service de santé est donc nécessaire afin d'avoir un éclairage supplémentaire et d'assurer la continuité du suivi auprès du jeune.

Plusieurs hypothèses peuvent expliquer l'adoption de comportements d'automutilation chez les adolescents ayant vécu un abus sexuel, en voici quelques exemples :

---

[242] M. Cyr et coll., 2005, *op. cit.,* p. 62.

[243] D. Masse, *op. cit.,* p. 93.

- L'évitement des émotions ou des souvenirs non désirés[244]. Par exemple, s'infliger une brûlure plutôt que de se rappeler des souvenirs douloureux liés à l'abus sexuel amènerait l'adolescent à se concentrer sur la douleur physique plutôt que sur la douleur morale[245]. Toutefois, cette stratégie d'évitement s'avère à long terme, une stratégie non productive devant les situations stressantes;
- Un appel à l'aide traduisant une détresse[246]. La détresse de l'adolescent peut prendre sa source à travers le sentiment d'impuissance vécu pendant l'abus sexuel et les événements entourant son dévoilement ou encore à travers la colère;
- La recherche de punition peut être associée au sentiment de honte face au fait d'avoir vécu un abus sexuel ou encore aux conséquences qui en découlent. L'adolescent peut, par exemple, extérioriser cette honte en brûlant des parties de son corps qui ont séduit l'abuseur, punissant ainsi son corps d'avoir suscité le désir[247];
- Etc.

Finalement, à la lumière de l'évaluation effectuée auprès du jeune et sa famille, l'intervention doit, tout en consolidant les facteurs de protection, viser à diminuer les conditions qui peuvent contribuer à maintenir l'adoption des comportements d'automutilation chez les adolescents ayant vécu un abus sexuel.

Il importe de se rappeler que le rétablissement en regard de l'abus sexuel est un processus dynamique et multidimensionnel. En effet, à la fois le soutien formel (policiers, organismes de soutien du milieu, thérapeutes, etc.) et le soutien informel (famille, amis, voisins, etc.) jouent un rôle critique dans l'aptitude à gérer et à s'adapter au stress que peut engendrer l'abus sexuel[248]. Ainsi, tout en s'inspirant du processus d'intervention présenté dans le guide[249], des suggestions de compétences à développer en lien avec le cadre d'intégration sociale[250]

---

[244] J. Brière et E. Gil, « Self-Mutilation in a Clinical and General Population Samples: Prevalence, Correlates, and Functions », *American Joumal of Orthopsychiatry,* vol. 68, n°4, October 1998, p. 615.

[245] J. Wright et coll., 2006, *op.cit.,* p. 315.

[246] J. Wright et coll., 2006, *op.cit.,* p. 315-316.

[247] *Ibid,* p. 315.

[248] P. Tummala-Narra, « Trauma and Resilience : A Case of Individual Psychotherapy in a multiculturel context », *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma,* vol. 14, n° 1-2, 2007, p. 206.

[249] Pour plus d'information, référer au présent guide aux pages 73 à 93.

[250] Pour plus d'information, se référer au présent guide aux pages 94 à 101.

et de la collaboration avec les partenaires[251], certaines pistes ou thèmes pourraient être explorés pour aider la détresse chez les jeunes abusés sexuellement :

AUPRÈS DE L'ADOLESCENT :

- La notion de honte, de blâme de soi et la culpabilité.
- La fuite des expériences désagréables.
- La capacité à résoudre des problèmes.
- Les comportements impulsifs.
- La mauvaise communication.
- Le fonctionnement social altéré[252].
- La reprise de contrôle sur sa vie, en reprenant par exemple le fonctionnement détaillé de sa semaine.

Le développement d'alternatives à l'adoption de comportements d'automutilation qui permet de diminuer la tension et de sortir du cycle « tension-automutilation-soulagement » :

- Faire de l'exercice physique;
- Sortir avec des amis;
- Contacter une ligne de soutien si le désir d'automutilation est trop intense;
- Apprendre des stratégies cognitives et comportementales pour mieux identifier et gérer le stress;
- Apprendre à mieux identifier et gérer ses émotions[253].

AUPRÈS DE L'ENVIRONNEMENT FAMILIAL :

- Inclure le ou les parents dans le processus d'intervention afin qu'ils soutiennent leur adolescent dans les changements qu'entraîne l'intervention, et ce, afin d'en favoriser la pérennité.
- Travailler les conflits familiaux, s'il y a lieu[254].
- Travailler la relation entre la mère ou le parent non abuseur et l'adolescent afin d'améliorer la capacité chez

[251] Pour plus d'information, se référer à l'annexe 9 sur les partenaires p. 167.

[252] D. Masse, *op. cit*., p. 93.

[253] Brière et Gil, 1998, *op. cit*., p. 619.

[254] J. Wright et coll., 2004, *op. cit.,* p. 640.

l'adolescent, à rechercher le soutien et la capacité, chez la mère ou le parent non abuseur, à offrir ce soutien[255].

Sans établir de lien de cause à effet, l'association entre le fait d'avoir vécu un abus sexuel et l'adoption de comportements d'automutilation apparaît assez significative. Un plus grand nombre d'adolescents ayant vécu un abus sexuel ont dévoilé avoir adopté des comportements d'automutilation en comparaison avec ceux n'en n'ayant pas été victime. Près du deux tiers des adolescentes suivies en protection et ayant dévoilé un abus sexuel adoptent au moins un comportement d'automutilation.

Ce bref portrait avait pour but de nous sensibiliser à cette double problématique. Sans établir un lien de cause à effet, il faut garder en tête qu'un jeune ayant vécu un abus sexuel est plus susceptible d'adopter des comportements d'automutilation et un jeune qui adopte des comportements d'automutilation peut avoir été victime d'abus sexuel. Sans être exhaustives, les quelques hypothèses et pistes d'intervention auprès du jeune et de sa famille, proposées dans cette section, peuvent contribuer à briser le cycle « tension-automutilation-soulagement ».

3.2 Les adolescents ayant vécu un abus sexuel et les idéations suicidaires, les tentatives de suicide et les suicides complétés

Les comportements suicidaires chez les adolescents ont de graves conséquences et demeurent une préoccupation importante pour ceux qui œuvrent auprès de cette clientèle. Plusieurs facteurs de risque peuvent être associés aux comportements suicidaires et le fait d'avoir vécu un abus sexuel constitue « le type d'abus engendrant le plus haut risque de tentatives de suicide[256]. » Ce constat justifie qu'on s'attarde dans cette section aux adolescents ayant vécu un abus sexuel qui présentent des idéations suicidaires et des tentatives de suicide.

Cette section proposera une définition de l'idéation suicidaire, la tentative de suicide et le suicide complété. Quelques données qui y sont reliées, pour la population adolescente en générale puis pour celle des

---

[255] J. Wright et coll., 2004, *op. cit.,* p.640.

[256] Institute of Medecine. *Reducing Suicide : A National Imperative*, 2002, [En ligne], http://www.nap.edu/catalog/10398.html, (page consultée 19 décembre 2012) p. 164; M-E Brabant, F. Chagnon et M. Hébert, « Stratégies d'adaptation et idéations suicidaires chez un groupe d'adolescentes ayant dévoilé une agression sexuelle. », *Frontières*, vol. 21, n°1, 2008, p. 82, p. 82-89.

jeunes hébergés en centre jeunesse, seront suggérées. La double problématique des adolescents ayant vécu un abus sexuel et ayant une problématique suicidaire sera ensuite abordée ainsi que des hypothèses et pistes d'intervention reliées à cette double problématique.

3.2.1 Définitions de l'idéation suicidaire, la tentative de suicide et du suicide complété

En ce qui a trait à la définition des idéations suicidaires, des tentatives de suicide et du suicide complété, nous retenons les définitions proposées par l'Institute of Medecine citée dans Tourigny :

> « … une **idée suicidaire** fait référence à la pensée de s'enlever la vie ou de se blesser; la **tentative de suicide** se définit par un geste destructeur auto-infligé et qui n'entraîne pas la mort, mais qui implique un désir explicite ou inféré de mort; et **un suicide** constitue un acte destructeur auto-infligé incluant un désir explicite ou inféré de mort et qui est létal[257] ».

Bien que le suicide complété ne soit pas directement abordé dans cette section, il est important d'en souligner le lien avec le risque encouru lorsque des idéations suicidaires ou des tentatives de suicide sont commises par les adolescents.

3.2.2 Idéations suicidaires, tentatives de suicide et suicides complétés chez les adolescents en général et dans les populations vulnérables

Chez les jeunes en général :

Dans le cadre d'études portant sur les révélations d'adolescents dans la population générale, au Québec :

- 17,4 % des jeunes de 15 à 19 ans affirment avoir sérieusement pensé au suicide et 5,2 % ont déjà fait une tentative de suicide[258];

---

[257] Institute of Medecine cité dans M. Hébert, M. Cyr et M. Tourigny, L'agression sexuelle envers les enfants, Québec, Presse de l'université du Québec, vol. 2, 2012, p. 58.

[258] Camirand, 1996 dans J. Pronovost, et D. Leclerc, « L'évaluation et le dépistage des adolescent(e)s suicidaires en centres jeunesse », *Revue de psychoéducation et d'orientation*, vol. 31, n°1, 2002, p. 83.

- De façon générale, les idéations suicidaires et les tentatives de suicide sont plus présentes chez les filles que chez les garçons[259];
- Chez les 15 à 19 ans, le suicide est la deuxième cause de décès[260];
- Chez les 15 à 19 ans, le taux de suicide est plus élevé chez les garçons (27.3 %) que chez les filles (19,3 %)[261].

Chez les jeunes en difficulté :

Les populations plus vulnérables, comme les jeunes hébergés en centre jeunesse sont plus susceptibles d'avoir vécu ou de vivre plusieurs des facteurs de risque associés à la problématique suicidaire que les jeunes dans la population générale.

Dans une étude auprès d'adolescents (filles et garçons) hébergés dans 10 centres jeunesse[262] :

- 20 % d'entre eux avaient comme motif de référence une problématique suicidaire;
- 68 % d'entre eux présentaient un risque suicidaire de modéré ou élevé.

Une autre étude illustre également l'ampleur de cette problématique au sein des jeunes en difficulté. Cette étude effectuée auprès de jeunes de 14 à 17 ans, hébergés en centre jeunesse, révèle que[263] :

- 60 % des filles et 31 % des garçons ont révélé avoir déjà pensé sérieusement à se suicider;
- 44 % des filles et 18 % des garçons ont révélé avoir déjà fait au moins une tentative de suicide.

Il est important de noter que tant dans la population générale que chez les jeunes plus vulnérables, les filles présentent davantage d'idéations et de tentatives de suicide que les garçons. Également, les adolescents hébergés en centre jeunesse comparativement aux adolescents en général sont, selon leurs révélations, plus nombreux à avoir eu des idéations suicidaires ou à avoir fait une tentative de suicide. Puisque « la tentative de suicide antérieure est en soi le facteur qui augmente le

---

[259] Camirand, 1996 dans J. Pronovost, et D. Leclerc, *op. cit*., p. 83.

[260] Institut de la statistique Québec, « Décès et taux de mortalité selon la cause, le sexe et le groupe d'âge » Québec, 2009, [En ligne] www.stat.gouv.qc.ca/donstat/societe/demo-graphie/naisn_deces/index.htm. (page consultée le 19 décembre 2012).

[261] *Ibid.*

[262] J. Pronovost et D. Leclerc, p. 85-86 et 91.

[263] Lambert, G. et coll., 2012, *op. cit*., p. 49.

plus le risque de suicide[264] », il est primordial d'accorder une attention particulière au dépistage de cette problématique lors de l'hébergement d'un adolescent en centre jeunesse.

3.2.3 Double problématique : les adolescents qui présentent des idéations suicidaires ou des tentatives de suicide à la suite d'un abus sexuel

Il est généralement admis que le fait de vivre de la maltraitance dans l'enfance peut augmenter le risque de vivre des troubles dépressifs, d'avoir des idéations suicidaires et ainsi augmenter le risque de tentative de suicide. Sans établir de lien de cause à effet, les adolescents ayant vécu un abus sexuel constituent un groupe particulièrement à risque pour ces différents types de comportements. Il est donc important que les intervenants qui œuvrent auprès des jeunes soient conscients du lien entre l'abus sexuel et le risque d'adopter des comportements suicidaires.

Les auteurs s'entendent généralement sur le fait que le taux d'adoption des comportements suicidaires est plus élevé chez les adolescents ayant vécu un abus sexuel que chez ceux ne l'ayant pas vécu[265].

Des études portant sur les adolescents (garçons et filles) ayant vécu un abus sexuel issus de la population générale suggèrent que :

- Les adolescents ayant vécu un abus sexuel sont cinq fois plus à risque d'avoir des idéations suicidaires;
- Les adolescents ayant vécu un abus sexuel sont huit fois plus susceptibles de faire des **tentatives de suicide répétitives**[266];
- Les garçons ayant vécu un abus sexuel révèlent commettre plus fréquemment de tentatives de suicide que les filles ayant vécu ce même type d'abus.

Même si le rythme de l'adolescent doit être respecté, il importe de signaler la situation à la DPJ si ce n'est déjà fait.

Il est intéressant de souligner que chez les garçons abusés les tentatives de suicide sont plus fréquentes que chez les filles abusées. C'est l'inverse de ce qui se passe habituellement dans la population adolescente générale où les filles révèlent commettre plus fréquemment de tentatives de suicide que les garçons. Certains auteurs[267] avancent

---

264 Brent et coll., 1999; Bridge et coll., 2006 dans M. Hébert, M. Cyr et M. Tourigny, 2012, *op. cit*., p. 62.

265 Brown et coll., 1999; Martin et coll., 2004; Waldrop et coll., 2007 dans M. Hébert, M. Cyr et M. Tourigny, 2012, *op. cit*., p. 56.

266 *Ibid.*, p. *65.*

267 G. Martin et coll., *2004* dans M. Hébert, M. Cyr et M. Tourigny, 2012*. op. cit.,* p. 65.

l'hypothèse que les garçons ont une plus grande difficulté d'adaptation que les filles face à l'agression sexuelle.

Par ailleurs, la sévérité de l'abus sexuel semble augmenter le risque de commettre une tentative de suicide. Dans une étude concernant des personnes âgées de 18 ans[268] :

- Les jeunes ayant été abusés sexuellement impliquant une tentative de pénétration ou une pénétration complète sont 5,5 fois plus susceptibles de commettre une tentative de suicide que ceux ayant vécu un abus ne comportant pas de contacts physiques et 2,4 fois plus susceptibles que les jeunes ayant vécu un abus avec contacts physiques.

Dans une étude portant sur les révélations d'adolescentes ayant vécu un abus sexuel issues des centres jeunesse et du Centre d'intervention en abus sexuel pour la famille (CIASF) :

- La présence d'**idéations suicidaires** a été observée chez 62 % d'entre elles[269];
- Parmi celles-ci, 41 % entretenaient un désir suicidaire élevé;
- Les stratégies d'adaptation suivantes : recherche du soutien social, réévaluation positive/résolution de problèmes[270] sont, selon ce que les adolescentes nous rapportent, utilisées moins souvent chez les adolescentes abusées sexuellement ayant un **désir suicidaire élevé** que chez celles ayant un désir suicidaire peu élevé ou inexistant.

3.2.4 Hypothèses et pistes d'intervention en regard des adolescents qui présentent des idéations suicidaires ou des tentatives de suicide à la suite d'un abus sexuel.

Puisque nous traitons des adolescents abusés qui vivent de façon concomitante une problématique suicidaire, il est légitime de se demander sur quelle cible intervenir en premier. La cible de l'intervention devra être la réduction des idéations suicidaires et des tentatives de suicide afin d'assurer la sécurité de l'adolescent. À cet effet, il importe d'appliquer le protocole d'intervention lors de problématiques suicidaires. Évidemment, l'adolescent doit être protégé

---

[268] M. T. Lynskey et D. M. Fergusson, 1997 dans M. Hébert, M. Cyr et M. Tourigny, 2012, *op. cit.*, p. 71.

[269] M.-E. Brabant et coll., *op. cit.*, p. 84.

[270] *Ibid.*, p. 85.

afin d'éviter que ne se reproduise la situation d'abus sexuel, mais cette dernière ne devra être abordée que lorsque l'adolescent aura les ressources nécessaires pour faire face à son trauma, et ce, afin de ne pas augmenter l'intensité des symptômes liés à la problématique suicidaire[271].

Un certain nombre d'hypothèses expliquent les comportements suicidaires chez les adolescents ayant vécu un abus sexuel. La sévérité de l'abus sexuel semble être en lien avec la propension à commettre des tentatives de suicide.

En s'inspirant de la théorie psychologique/interpersonnelle de Joiner[272], Tourigny suggère certaines hypothèses susceptibles d'expliquer la double problématique des adolescents ayant vécu un abus sexuel et présentant des comportements suicidaires. L'adolescent, à la suite d'un abus sexuel sévère, développe un seuil de tolérance élevé à la peur et à la douleur et par conséquent, une plus grande capacité à s'infliger une blessure mortelle. Toutefois, il importe de ne pas sous-estimer l'impact d'abus sexuel ayant des caractéristiques moins sévères, car il peut aussi, combiné à d'autres événements traumatiques, générer le même sentiment de tolérance à la douleur et à la peur chez l'adolescent.

Il est aussi possible que l'abus sexuel ait provoqué chez l'adolescent des distorsions cognitives comme la perception de ne pas être désiré par sa famille, par son environnement et d'être un fardeau pour les autres. Ces distorsions cognitives pourraient expliquer le désir suicidaire chez l'adolescent. Ces hypothèses peuvent guider certaines pistes d'intervention.

Rappelons qu'il importe, en premier lieu, de s'assurer de dépister la présence d'idéations suicidaires ou de tentatives de suicide afin d'assurer la sécurité de l'adolescent. Si tel est le cas, le protocole d'intervention lors de problématique suicidaire s'applique. Ensuite, à la lumière de l'évaluation effectuée auprès du jeune et de sa famille, l'intervention doit, tout en consolidant les facteurs de protection, viser à diminuer les conditions qui peuvent contribuer à maintenir l'adoption des idéations ou des tentatives suicidaires chez les adolescents ayant vécu un abus sexuel.

Il importe de se rappeler que le rétablissement en regard de l'abus sexuel est un processus dynamique et multidimensionnel. En effet, à la fois le soutien formel (policiers, organismes de soutien du milieu, thérapeutes, etc) et le soutien informel (famille, amis, voisins, etc.) jouent un rôle critique dans l'aptitude à gérer et à s'adapter au stress

---

[271] Cohen, Mannarino et Deblinger, 2006 dans M. Hébert, M. Cyr et M. Tourigny, 2012, *op. cit.*, p. 79.

[272] Van Orden et coll., 2010 dans M. Hébert M. Cyr et M. Tourigny, 2012, *op. cit.*, p. 72.

que peut engendrer l'abus sexuel[273]. Ainsi, tout en s'inspirant du processus d'intervention présenté dans le guide[274], des suggestions de compétences à développer en lien avec le cadre d'intégration sociale[275] et de la collaboration avec les partenaires[276], certaines pistes ou thèmes pourraient être explorés pour aider la détresse chez les jeunes abusés sexuellement :

AUPRÈS DE L'ADOLESCENT :

- Chercher avec l'adolescent la plus petite chose qui puisse faire en sorte qu'il aille mieux.
- Amener l'adolescent à corriger ses perceptions et ses pensées erronées (diminuer l'impression d'être un fardeau)[277].
- Développer chez l'adolescent des stratégies d'adaptation efficaces pour l'aider à faire face aux différentes situations stressantes :
  - stratégies de résolution de problèmes;
  - stratégies d'approche (recherche d'informations, recherche du soutien de l'adulte)[278];
  - recherche de soutien social[279].

EN LIEN AVEC SON ENVIRONNEMENT :

Il est important que l'intervenant croie au potentiel de l'adolescent, et ce, tant dans ses attitudes que ses paroles. L'intervenant doit susciter chez l'adolescent et sa famille, l'espoir qu'on peut s'en sortir.

- Inclure le parent dans le processus d'intervention afin qu'il soutienne son adolescent dans les changements qu'entraîne l'intervention, et ce, afin d'en favoriser la pérennité.
- Développer un sentiment d'appartenance :
  - Amener l'adolescent à avoir au moins un ami[280];
  - Développer le soutien émotionnel offert par les parents ou par ceux qui en tiennent lieu[281];

---

[273] P. Tummala-Narra, *op. cit*., p. 206.

[274] Pour plus d'information, se référer au présent guide aux pages 73 à 93.

[275] Pour plus d'information, se référer au présent guide aux pages 94-101.

[276] Pour plus d'information, se référer à l'annexe 9 sur les partenaires, p. 167.

[277] M.-E. Brabant et coll., *op. cit.,* p. 88 et M. Hébert, M. Cyr et M. Tourigny, 2012, *op. cit*., p. 81.

[278] M.-E. Brabant et coll., *op. cit.*, p. 85.

[279] *Ibid.,* p. 88.

[280] K.-A. Hacker et coll., 2006, dans M. Hébert, M. Cyr et M. Tourigny., 2012, *op. cit.,* p. 75.

- Développer les liens avec la famille (les amener à s'intéresser aux sentiments de l'adolescent);
- Favoriser l'implication d'un professeur ou d'un adulte significatif[282].

Tout en étant conscient de l'importance de ne pas établir de lien de cause à effet, cette section nous alerte sur le fait que l'expérience de l'abus sexuel chez les adolescents (garçons ou filles) est susceptible d'augmenter le risque d'avoir des idéations suicidaires et de commettre des tentatives de suicide. La sévérité de l'abus sexuel semble être un facteur qui augmente la probabilité de faire une tentative de suicide. Par ailleurs, les garçons ayant vécu un abus sexuel semblent plus vulnérables à faire des tentatives de suicide que les filles ayant aussi vécu cette expérience. De plus, presque deux tiers des filles issues des centres jeunesse et ayant vécu un abus sexuel ont révélé avoir des idéations suicidaires.

Tous ces éléments nous incitent donc à être vigilants face à cette double problématique. La première cible de l'intervention devra être la réduction des idéations suicidaires et des tentatives de suicide afin d'assurer la sécurité de l'adolescent. En ce sens, le protocole d'intervention suicide doit être appliqué. Par la suite, le développement de stratégies d'adaptation pour faire face à l'abus sexuel pourrait être exploré, tel que proposé à la fin de cette section.

3.3 Les adolescents ayant vécu un abus sexuel et les comportements sexuels à risque

La sexualité fait naturellement partie de la vie et l'adolescence se caractérise par de nouvelles formes de manifestations de la sexualité et de relations interpersonnelles. D'autre part, la prise de risque à la période de l'adolescence fait partie du processus de développement normal, elle répond à un « besoin de se sentir indépendants et responsables de ses actes[283] ». Certains risques sont toutefois plus néfastes que d'autres. S'il y a eu abus sexuel dans la vie d'un jeune, il est plus susceptible d'adopter des comportements sexuels comportant des risques au niveau de sa santé physique et psychologique.

---

[281] S. Rosenthal et coll., 2003, dans M. Hébert M. Cyr et M. Tourigny, 2012, *op. cit.*, p. 75.

[282] M.-E. Eisenberg et coll., 2007, dans M. Hébert, M. Cyr et M. Tourigny , 2012, *op. cit.*, p. 75.

[283] D. Butler-Jones. Le Rapport de l'administrateur en chef de la santé publique sur la santé publique au Canada – Jeunes et jeunes adultes en période de transition. http://santepublique.gc.ca/rapport de ACSP. 2011, p. 53.

Le programme d'éducation sexuelle au CJM-IU propose un grand nombre d'activités qui permettent d'aborder ces thèmes avec les adolescents.

Sans établir une relation de cause à effet, un grand nombre d'études associent le fait d'avoir vécu un abus sexuel dans l'enfance ou dans l'adolescence à l'adoption de comportements sexuels à risque[284]. Les comportements sexuels à risque dont nous traiterons dans cette section sont ceux le plus souvent répertoriés dans la littérature. Ces comportements sont :

- la précocité des relations sexuelles;
- les partenaires sexuels multiples;
- la non-utilisation de contraceptifs et de moyens de protection;
- les grossesses à l'adolescence;
- les relations sexuelles en échange de biens.

La plupart des études concernent des populations féminines ou mixtes qui ne distinguent pas les résultats selon le genre. Quelques rares études s'intéressent exclusivement aux garçons. Il faut aussi garder en tête qu'il n'y a pas de lien de cause à effet et que le fait d'avoir vécu un abus sexuel ne constitue pas l'unique facteur qui puisse engendrer l'adoption de ces comportements sexuels à risque. D'autres facteurs sont à considérer dans l'analyse de la situation.

Cette section proposera tout d'abord, la définition de chacun des comportements sexuels à risque traités. Par la suite, pour chacun de ces comportements sexuels à risque, nous présenterons quelques données en lien avec les jeunes en général, les populations vulnérables et les adolescents ayant vécu un abus sexuel. Nous proposerons également quelques hypothèses explicatives de la tendance à adopter chacun de ces comportements sexuels à risque chez les adolescents ayant vécu un abus sexuel. Finalement, quelques pistes d'intervention seront présentées.

3.3.1 Définition des comportements sexuels à risque

Les comportements sexuels à risque peuvent avoir de graves conséquences physiques, psychologiques ou socio-économiques sur la vie de l'adolescent. De plus, certaines caractéristiques plus spécifiques à l'abus sexuel (la sévérité de l'abus, avec pénétration, coercition et

[284] T.-E. Senn, M. P. Carey, P. A. Vanable. « Childhood and adolescent sexual abuse and subsequent sexual risk behavior : Evidence from controlled studies, methodological critique and suggestions for research. Clinical Psychology Review. vol. 28. 2008. p. 731.

violence et le nombre d'abuseurs[285]), pourraient augmenter la propension à adopter un ou plusieurs de ces comportements sexuels à risque.

Les définitions concernant les comportements sexuels à risque répertoriées le plus fréquemment dans les différentes recherches sont :

La précocité des relations sexuelles : l'âge auquel est vécue la première relation sexuelle varie selon les auteurs, se situant entre 12 et 16 ans[286];

Les partenaires sexuels multiples : selon les recherches, il peut s'agir de deux partenaires sexuels ou plus lors des trois derniers mois ou trois partenaires et plus lors de la dernière année ou au cours de leur vie[287];

La non-utilisation de moyens de contraception et de protection : la question posée lors des recherches peut être rattachée à l'usage du condom ou d'un moyen de protection lors de la dernière relation sexuelle ou celles des trois derniers mois ou à la fréquence générale d'utilisation du condom et de contraceptifs[288];

Les grossesses à l'adolescence : la grossesse inclut les grossesses menées à terme, les fausses couches ou les avortements[289];

Les relations sexuelles en échange de biens : échange de services sexuels en retour d'argent ou de biens ou pour des raisons de survie[290].

3.3.2 Précocité des relations sexuelles

La précocité de la première relation sexuelle est un des comportements sexuels à risque qui expose l'adolescent à faire face à un certain nombre de choix alors qu'il n'a peut-être pas acquis la maturité suffisante à l'exercice de ce choix. Cette précocité[291] expose l'adolescent à la probabilité d'un plus grand nombre de comportements sexuels à risque, par exemple la difficulté à refuser des avances sexuelles et avoir un plus grand nombre de partenaires sexuels.

---

[285] M.Hébert, M.Cyr et M.Tourigny, 2012, *op. cit.*, p.146-150; C. Cinq-mars, J. Wright, M. Cyr et P. McDuff. « Sexual At-Risk behaviors of Sexually Abused Adolescent Girls," *Journal of Child Sexual Abuse.* » vol. 12, n°2, 2003. p. 13.

[286] J. Wright et coll., 2006, p. 318 et M. Hébert, M. Cyr et M. Tourigny, 2012, *op. cit.*, p. 140.

[287] M. Hébert, M. Cyr et M. Tourigny, 2012, *op. cit.*, p. 140.

[288] M. Hébert, M. Cyr et M. Tourigny, *op. cit.*, p. 146.

[289] *Ibid,* p. 146.

[290] *Ibid*, p. 151.

[291] Butler-Jones, D., *op. cit.*, p. 54.

3.3.2.1 Chez les adolescents en général et dans les populations vulnérables

Chez les jeunes en général :

- L'âge moyen au moment de la première relation sexuelle avec pénétration vaginale se situe autour de 16 ans, tant pour les filles que pour les garçons[292] ».

Chez les jeunes en difficulté :

- La première relation sexuelle (relation vaginale) se situe autour de 13 ou 14 ans[293].

3.3.2.2 Double problématique : les adolescents ayant des relations sexuelles précoces à la suite d'un abus sexuel

Les adolescents (garçons et filles) ayant vécu un abus sexuel, comparativement aux adolescents n'ayant pas vécu une telle expérience, sont plus susceptibles d'avoir eu une relation sexuelle précoce[294].

Dans une étude américaine, les filles issues d'écoles spécialisées[295] ayant vécu un abus sexuel comparativement à celles n'en ayant pas vécu, révélaient être :

- Deux fois plus nombreuses à avoir eu une relation sexuelle avant l'âge de 14 ans[296].

Dans une étude au Québec, portant sur les adolescentes ayant dévoilé un abus sexuel et suivies en protection[297] :

- L'âge moyen de leur première relation sexuelle consentante est 13,1 ans.

---

292 QUÉBEC, MSSS. UQAM et Tel-Jeune, « Les premières fois : Amour et sexualité », *Ça s'exprime ,* vol. 14, hiver 2011, p. 8.

293 R. Pauzé, R., Toupin, J., Déry, M., Mercier, H., Joly, J. Portrait des jeunes âgés entre 0 et 17 ans référés à la prise en charge des Centres jeunesse du Québec, leur parcours dans les services et l'évolution dans le temps, Rapport de recherche, 2004; G. Lambert et coll., 2012, *op.cit*., p. 15.

294 M. Hébert, M. Cyr et M. Tourigny, 2012, *op. cit*., p. 140.

295 École accueillant des élèves ayant des troubles de comportements, retard scolaire ou grossesse).

296 R. S. Buzi, S.R. Tortolero, R-E Roberts, M-W. Ross, R-C Addy et C.M. Markham. « The impact of a history of sexual abuse on high-risk sexual behaviors among females attending alternative schools ». Adolescence, vol. 38, n°152, 2003.

297 C. Cinq-mars et coll., 2003, *op.cit*., p. 8.

3.3.2.3 Hypothèses en regard de la tendance à vivre des relations sexuelles précoces à la suite d'un abus sexuel

Certaines hypothèses peuvent expliquer la tendance à expérimenter les relations sexuelles plus tôt chez les adolescents ayant vécu un abus sexuel :

- La transgression des frontières du corps à travers l'agression sexuelle ne donne pas à l'adolescent le droit de se reconnaître des frontières, d'imposer ses limites et de refuser les avances sexuelles[298];
- Une grande partie de l'image de l'adolescent s'est développée en étant valorisée par ses comportements sexuels, la valeur de l'adolescent repose beaucoup, à ses propres yeux, sur sa sexualité[299];
- La confusion entre l'amour et la sexualité entraîne la perception que le sexe est nécessaire lorsqu'il y a un sentiment affectueux[300];
- Etc.

3.3.3 Partenaires sexuels multiples

La majorité des jeunes se dit fidèle en amour. Cependant, de nombreux jeunes ne réalisent pas qu'un partenaire, même s'il se dit fidèle, peut avoir eu des relations à risque dans le passé avec d'autres partenaires. Ainsi, plus le nombre de partenaires est élevé, plus il y a de risque de s'exposer à contracter une ITS[301].

3.3.3.1 Dans la population en général et dans les populations vulnérables

Chez les jeunes en général :

- Entre 69 % et 85 % des jeunes de 14 ans et plus ont eu un ou deux partenaires sexuels à vie pour un type de relation donné (orale, vaginale ou anale)[302].

---

298 R. Timms et P. Connor dans J. Wright et coll., 2006, *op. cit*., p.315.

299 M. Hébert, M. Cyr et M. Tourigny, 2012, *op. cit*., p. 135.

300 *Ibid*., p.135.

301 L. Durocher et coll., 2001. *op. cit.,* p. 10 et 46.

302 QUÉBEC, INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC. (ISQ) *L'enquête québécoise sur la* santé *des jeunes du secondaire 2010—2011* : *Le visage des jeunes d'aujourd'hui : leur santé physique et leurs habitudes de vie*. *Tome 1*. Québec. 2012, p. 220. www.stat.gouv.qc.ca.

Chez les jeunes en difficulté :

- Une étude comparant les partenaires sexuels des jeunes en général et des jeunes en difficulté révèle que les jeunes en difficulté avaient trois fois plus de partenaires sexuels que les jeunes en général[303].
- Chez les 14 à 17 ans hébergés en centre jeunesse, le nombre moyen de partenaires à vie est de 9,2 chez les filles et de 11,9 chez les garçons[304].

3.3.3.2 Double problématique : les adolescents ayant des partenaires sexuels multiples à la suite d'un abus sexuel

Les adolescents (garçons et filles) ayant vécu un abus sexuel sont plus nombreux à révéler avoir des partenaires multiples que les adolescents n'ayant pas vécu une telle expérience[305].

Dans une étude américaine, les filles issues d'écoles spécialisées[306] ayant vécu un abus sexuel comparativement à celles n'en ayant pas vécu, révélaient être :

- Quatre fois plus nombreuses à avoir eu trois partenaires sexuels ou plus dans les trois derniers mois.

Dans une étude au Québec portant sur les adolescentes ayant dévoilé un abus sexuel et suivies en protection :

- Le nombre moyen de partenaires dans la dernière année est de 4,7[307].

---

303 L. Durocher, Beaulieu, I. et Berthiaume P. *Programme de formation. Sexualité et drogues chez les jeunes en difficulté. Repères pour mieux intervenir.* Cahier du formateur. Institut national de santé publique du Québec en collaboration avec l'Association des centres jeunesse du Québec et l'Association Québécoise des établissements de santé et de services sociaux. 2012, p. 63.

304 G. Lambert. Présentation à la 17e journée annuelle de santé publique. http://jasp.inspq.qc.ca. Section archive, 2011, présentation, La santé sexuelle des jeunes québécois : où en sommes-nous? « Conduites sexuelles et prises de risque face aux ITSS chez les jeunes en difficulté. »

305 M. Hébert, M. Cyr et M. Tourigny, 2012, *op. cit.*, p. 140.

306 École accueillant des élèves ayant des troubles de comportements, retard scolaire ou grossesse).

307 C. Cinq-mars et coll., 2003, *op. cit.,* p. 8.

3.3.3.3 Hypothèses en regard de la tendance à avoir des partenaires multiples à la suite d'un abus sexuel

Certaines hypothèses peuvent expliquer la tendance, chez les adolescents ayant vécu un abus sexuel, à avoir des partenaires multiples, notamment :

- Le sentiment d'avoir été trahi (par l'abuseur ou par certaines réactions lors du dévoilement ou encore par le fait que les gens ne se sont pas aperçu de l'abus sexuel) rend difficile la reconnaissance des gens à qui on peut faire confiance ou la construction d'une relation de confiance. Cette situation peut entraîner une série de relations brèves et abusives[308].
- La confusion entre l'amour et la sexualité entraîne la perception que le sexe est nécessaire lorsqu'il y a un sentiment affectueux[309].
- L'impuissance de l'adolescent à repousser les demandes sexuelles lors de l'abus sexuel peut faire en sorte que la seule façon qu'il a appris à faire face à ces situations est de se soumettre aux désirs de l'autre.
- La transgression des frontières du corps à travers l'agression sexuelle ne donne pas à l'adolescent le droit de se reconnaître des frontières, d'imposer ses limites et de refuser les avances sexuelles[310].
- Etc.

3.3.4 Non-utilisation de moyens de contraception et de protection

L'utilisation du condom et d'une autre méthode contraceptive n'est pas systématique chez les jeunes et encore moins la double protection, soit l'utilisation conjointe d'un contraceptif et du condom. Cette double protection assure pourtant une efficacité maximale pour prévenir les grossesses et les ITS.

---

[308] T.-E. Senn et coll., 2008, *op. cit.*, p. 729.

[309] *Ibid.*, p.729.

[310] R. Timms et P. Connor dans J. Wright et coll., 2006, *op. cit.*, p. 315.

3.3.4.1 Dans la population en général et dans les populations vulnérables

Chez les jeunes en général :

- Plus des deux tiers (68 %) de 14 ans et plus rapportent qu'ils ont utilisé un condom lors de leur dernière relation sexuelle vaginale consensuelle. Cette proportion est plus élevée chez les garçons que chez les filles (75 % contre 62 %)[311].

Chez les jeunes en difficulté :

- Chez les jeunes 14 à 17 ans actifs sexuellement et hébergés en centre jeunesse, 26,1 % des filles et 40,4 % des garçons mentionnent avoir toujours utilisé un condom lors de relations vaginales[312].

3.3.4.2 Double problématique : les adolescents qui n'utilisent pas de moyens de contraception et de protection à la suite d'un abus sexuel

Les adolescents (garçons et filles) ayant vécu un abus sexuel, comparativement aux adolescents n'ayant pas vécu une telle expérience, sont plus susceptibles de ne pas faire un usage régulier des contraceptifs, notamment l'usage du condom[313].

Dans une étude au Québec portant sur les adolescentes ayant dévoilé un abus sexuel et suivies en protection[314] :

- 38,2 % des filles sexuellement actives ont révélé toujours utiliser un condom durant leurs relations sexuelles.

3.3.4.3 Hypothèses en regard de la tendance à ne pas utiliser de moyens de contraception à la suite d'un abus sexuel

Certaines hypothèses peuvent expliquer la tendance, chez les adolescents ayant vécu un abus sexuel, à ne pas utiliser de moyens de contraception :

- L'impuissance vécue de l'adolescent ayant vécu un abus sexuel peut se généraliser dans un sentiment d'impuissance

---

[311] ISQ, 2012, *op. cit*., p. 219. www.stat.gouv.qc.ca.

[312] Lambert et coll.2012, *op. cit*., p. 20.

[313] M. Hébert, M. Cyr et M. Tourigny, 2012, *op. cit*., p. 146.

[314] C. Cinq-mars et coll., 2003, *op. cit.,* p. 8.

à exprimer ses opinions en regard de la régulation des naissances[315];

- Une stratégie autodestructrice est utilisée pour gérer les émotions difficiles en lien avec l'abus sexuel[316];
- Etc.

3.3.5 Grossesses à l'adolescence

Le taux de grossesse des adolescentes demeure élevé et le nombre d'interruptions volontaires de grossesse progresse toujours.

3.3.5.1 Dans la population en général et dans les populations vulnérables

Chez les jeunes en général :

- Au Québec, en 2008, 1,34 adolescente sur 100 a vécu une grossesse[317].

Chez les jeunes en difficulté :

- Chez les jeunes de 14 à 17 ans hébergés en centre jeunesse, le nombre de grossesses et de naissances sont plus élevés : 27,9 % des filles ayant eu des relations sexuelles affirment avoir déjà été enceintes au moins une fois ou plus au cours de leur vie et 27,1 % des gars actifs sexuellement affirment avoir été à l'origine d'une grossesse au moins une fois[318].

3.3.5.2 Double problématique : les adolescents qui vivent une « expérience de grossesse » lorsqu'un abus sexuel est vécu

Les adolescents (garçons et filles) ayant vécu un abus sexuel, comparativement aux adolescents n'ayant pas vécu une telle expérience, sont plus susceptibles d'être impliqués dans une « expérience de grossesse[319] ». Dans une étude au Québec portant sur

---

[315] M. Hébert, M. Cyr et M. Tourigny, 2012, *op. cit*., p. 143.

[316] M. Hébert, M. Cyr et M. Tourigny, 2012, *op. cit*., p. 143.

[317] QUÉBEC, MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICE SOCIAUX Statistiques de santé et de bien-être selon le sexe. Évolution du taux de grossesse à l'adolescence. Repéré à : http://www.msss.gouv.qc.ca/statistiques/sante-bien-etre/index.php?Evolution-du-taux-de-grossesse-aladolescence&PHPSESSID=fde7d2b862e78b8c4f682-e31080269f2. 2012. (page consultée en décembre 2012).

[318] Lambert et coll., 2012, *op. cit*., p. 50.

[319] M. Hébert, M. Cyr et M. Tourigny, 2012, *op. cit*., p. 147.

les adolescentes ayant dévoilé un abus sexuel et suivies en protection[320] :

- 12,7 % avait vécu au moins une grossesse à l'adolescence.

3.3.5.3 Hypothèses en regard de la tendance à vivre une « expérience de grossesse » lorsqu'un abus sexuel est vécu.

Certaines hypothèses peuvent expliquer la tendance, chez les adolescents ayant vécu un abus sexuel, à vivre « une expérience de grossesse », notamment :

- Le fait d'avoir des relations sexuelles précoces;
- Une faible perception d'efficacité personnelle en matière de contraception[321];
- Etc.

3.3.6 Relations sexuelles en échange de biens à l'adolescence

La prostitution est le fait de pratiquer des activités sexuelles en échange de biens ou de services, et prioritairement pour des motifs autres que ses propres besoins sexuels et affectifs[322]. En ce sens, la prostitution englobe beaucoup plus que la prostitution de rue. Le cybersexe, les massages érotiques, les danses nues, les photographies pornographiques, les services d'escorte et les lignes érotiques par exemple constituent des activités de prostitution[323].

3.3.6.1 Dans la population en général et dans les populations vulnérables[324]

Chez les jeunes en général :

Une étude québécoise effectuée auprès de 815 élèves du secondaire révèle que :

- 6 % des filles et 2 % des garçons rapportent avoir eu des activités sexuelles en échange d'argent ou d'autres biens tels que des cadeaux, de la drogue ou de l'alcool[325].

---

[320] C. Cinq-mars et coll., 2003. *op. cit.,* p. 11.

[321] M. Hébert, M. Cyr et M. Tourigny, 2012, *op. cit.,* p. 148.

[322] P. Hannigan, 1997 dans Durocher, L., Fleury, E., Berthiaume, P. et Moise, J. La prostitution juvénile, quoi de neuf? Défi jeunesse, vol. IX, n°1, 2002, p. 23.

[323] Durocher, L. et coll. 2002, *op. cit.*, p. 23.

[324] Durocher, L., 2013, *op. cit*.

Chez les jeunes en difficulté :

- Les jeunes en difficulté seraient trois fois plus nombreux à avoir eu des activités de prostitution[326];
- 25,1 % des filles hébergées en centre jeunesse et 7,2 % des garçons ont reçu de l'argent ou d'autres biens en échange de relations sexuelles[327].

3.3.6.2 Double problématique : les relations sexuelles en échange de biens à la suite d'un abus sexuel

Le programme d'éducation sexuelle au CJM-IU est un incontournable pour l'ensemble des jeunes adoptant des comportements sexuels à risque, notamment pour ceux ayant vécu un abus sexuel.

Les adolescents en fugue ou qui vivent dans la rue et qui échangent des faveurs sexuelles contre de l'argent ou des biens, sont plus nombreux à révéler avoir vécu un épisode d'abus sexuel[328].

Dans une étude américaine portant sur la population issue d'une clinique médicale traitant les ITS[329] :

- Les hommes et les femmes ayant vécu un abus sexuel sévère (avec pénétration et utilisation de la force) révélaient un plus grand nombre d'épisodes de prostitution par rapport à ceux n'ayant pas été abusés et par rapport à ceux ayant été abusés avec pénétration et sans l'utilisation de la force.

3.3.6.3 Hypothèses en regard de la tendance à pratiquer des activités sexuelles en échange de biens à la suite d'un abus sexuel

Certaines hypothèses peuvent expliquer la tendance, chez les adolescents ayant vécu un abus sexuel, à pratiquer des activités sexuelles en échange de biens et de service :

- La perception que l'offre de service sexuel constitue une prise de pouvoir qui compenserait le sentiment d'impuissance lors de l'abus sexuel[330];

---

[325] F. Lavoie, Thibodeau, C., Gagné, M-H. et M. Hébert. « Buying and Selling Sex in Québec Adolescents : A Study of Risk and Protective Factors » Archives of Sexual Behavior. vol. 39, 2010. p. 1153.

[326] Otis, J., Roy, E., Burelle, R., Thabet, C. 1997 dans Lévy, J.J., Cohen, H. (dir) Le sida, aspects psychosociaux, culturels et éthiques Montréal, Éditions du Méridien, 1997. p. 195-235.

[327] Lambert et coll., *op. cit*., p. 19.

[328] Johnson et coll., 1996; Simons et Whitebeck, 1991 dans M. Hébert, M. Cyr et M. Tourigny, 2012, *op. cit*., p. 151.

[329] T.-E. Senn, M.-P., Carey, P.-A. Vanable; P. Coury-Doniger, M. Urban, « Characteristics of Sexual Abuse in Childhood and Adolescence Influence sexual risks Behavior in AdulthoodChild sexual abuse », *Arch Sex Behavior*, vol. 36, p. 642. 2007.

- Une tentative de dominer son traumatisme, une façon de se persuader que l'abus sexuel vécu n'est pas si grave puisqu'à présent, il ou elle décide de se livrer à la prostitution[331];
- Etc.

3.3.7 Hypothèse et pistes d'intervention en regard des adolescents qui présentent des comportements sexuels à risque à la suite d'un abus sexuel

L'ère des médias sociaux incite les gens à se donner des pseudonymes et à afficher des photos. Le web facilite la tâche à certains agresseurs sexuels et les jeunes en difficulté en sont des cibles de prédilection (L. Durocher, R.-A. Brisebois et E.Giroux, 2013).

Puisque nous traitons des adolescents abusés qui adoptent des comportements sexuels à risque, il est légitime de se demander sur quelle cible intervenir en premier. Les connaissances actuelles ne nous permettent pas d'affirmer que l'on doive intervenir en premier lieu sur les symptômes liés au trauma ou sur les comportements sexuels à risque, ou sur les deux cibles à la fois[332].

Dans les sections précédentes, plusieurs hypothèses ont été associées à certains comportements sexuels à risque plus particulièrement. D'autres hypothèses peuvent, pour leur part, expliquer l'adoption de comportements sexuels à risque en général, notamment :

- Le sentiment d'être différent, anormal, d'être quelqu'un de sexuellement déviant peut conduire à adopter des comportements sexuels à risque[333];
- Le sentiment de vivre une réduction de la tension liée à la difficulté à gérer les émotions[334];
- Etc.

L'évaluation de la situation nous permettra de comprendre la dynamique de l'adoption des comportements sexuels à risque, d'émettre des hypothèses et d'y adapter les interventions. À la lumière de l'évaluation effectuée auprès du jeune et sa famille, l'intervention doit, tout en consolidant les facteurs de protection, viser à diminuer les conditions qui peuvent contribuer à maintenir l'adoption des

---

330 Tarakeshwar et coll., 2005 dans M. Hébert,M. Cyr et M. Tourigny, 2012, *op. cit.*, p. 150.

331 M. Nor. *La prostitution*. Collections Idées reçues. Ed. Le Cavalier bleu. p. 51-52, 2001.

332 Senn et coll., 2008 dans M. Hébert et coll., 2012, *op. cit.,* p. 155.

333 T.-E. Senn et coll., 2008, *op.cit*., p. 729.

334 J. Brière, 2004 integrating hiv/aids prevention activities into psychotherapy for child sexual abus survivors. (Chapitre 10) dans L-J. Koenig, L.-S. Doll, A. O'Leary, W. Pequegnat. *From child sexual abuse to adult sexual risk: Trauma, revictimization, and intervention.* Washington, DC, US: American Psychological Association, xv, 2004, p. 224.

comportements sexuels à risque chez les adolescents ayant vécu un abus sexuel.

Il importe de se rappeler que le rétablissement en regard de l'abus sexuel est un processus dynamique et multidimensionnel. En effet, à la fois le soutien formel (policiers, organismes de soutien, thérapeutes, etc.) et le soutien informel (famille, amis, voisins, etc.) jouent un rôle critique dans l'aptitude à gérer et à s'adapter au stress que peut engendrer l'abus sexuel[335]. Ainsi, tout en s'inspirant du processus d'intervention présenté dans le guide[336], des suggestions de compétences à développer en lien avec le cadre d'intégration sociale[337] et de la collaboration avec les partenaires[338], certaines pistes ou thèmes pourraient être explorés :

AUPRÈS DE L'ADOLESCENT :

- Développer l'affirmation de soi en regard de la détermination des frontières sexuelles et de l'habileté à les faire respecter (par une approche directe comme les jeux de rôle ou un enseignement interactif dans le « un à un » ou en petits groupes)[339];
- Développer chez l'adolescent la compréhension de la différence entre l'affection et les relations sexuelles en incluant l'utilisation du charme comme mode relationnel;
- « Cibler le sentiment d'efficacité personnelle et développer chez l'adolescent une plus grande confiance lors de la prise de décision quant aux choix contraceptifs[340] »;
- Développer un plus grand répertoire d'habiletés pour la régulation des émotions, par exemple :
  - Nommer et reconnaître les sentiments;
  - Éviter les scénarios catastrophiques;
  - Réduire la vulnérabilité liée à l'hyperémotivité à travers des activités qui diminuent le stress;
  - Développer la capacité à vivre les émotions sans les rejeter ou les juger[341].

---

[335] P. Tummala-Narra. *op. cit.,* p. 206. 2007.
[336] Pour plus d'information, se référer au présent guide aux pages 73-93.
[337] Pour plus d'information, se référer au présent guide aux pages 94-101.
[338] Pour plus d'information, se référer à l'annexe 9 sur les partenaires, p. 167.
[339] J. Brière, 2004, dans L-J. Koenig, *op.cit.*, p. 227.
[340] M. Hébert, M. Cyr et M. Tourigny, 2012, *op. cit.*, p. 154.
[341] J. Brière, 2004, dans L-J. Koenig et coll., *op.cit.,* p. 224.

- Faire des liens entre les symptômes liés à l'abus sexuel et leurs manifestations dans les interactions personnelles de l'adolescent[342].

EN LIEN AVEC L'ENVIRONNEMENT FAMILIAL :

- Inclure le parent dans le processus d'intervention afin qu'il soutienne son adolescent dans les changements qu'entraîne l'intervention, et ce, afin d'en favoriser la pérennité.
- Habiliter le parent à soutenir son adolescent dans ses choix :
  - Respect de ses frontières;
  - Éducation et supervision de l'utilisation des médias sociaux;
  - Usage de contraceptif, etc.

En conclusion, sans établir de lien de cause à effet, cette section nous alerte sur l'existence d'un lien entre l'expérience de l'abus sexuel chez les adolescents (garçons ou filles) et l'adoption des comportements sexuels à risque. Les écarts observés dans les études portant sur les jeunes dans la population générale versus les adolescentes ayant vécu un abus sexuel suivies en protection apparaissent préoccupants.

Chez les jeunes de la population générale :

- L'âge moyen de la première relation sexuelle consentante est 16 ans[343];
- Entre 69 % et 85 % des 14 ans et plus ont eu un ou deux partenaires à vie[344];
- 68 % des 14 ans et plus rapportent qu'ils ont utilisé un condom lors de leur dernière relation sexuelle[345];
- 1,34 adolescente sur 100 a vécu une grossesse à l'adolescence[346].

Chez les adolescentes abusées suivies en protection[347] :

- L'âge moyen de la première relation sexuelle consentante est 13,1 ans;

342 M. Hébert, M. Cyr et M. Tourigny, 2012, *op. cit.*, p. 155.
343 QUÉBEC, MSSS. UQAM et Tel-Jeune, *op. cit.*, p. 8.
344 QUÉBEC, ISQ, 2012, *op. cit.*, p. 219.
345 *Ibid.*, p. 220.
346 Québec, MSSS, 2012. *op. cit.*
347 C. Cinq-mars et coll., 2003. *op. cit.*, p. 8 et 11.

- Le nombre de partenaires est de 4,7 en moyenne dans la dernière année;
- 38,2 % des filles sexuellement actives ont révélé toujours utiliser un condom durant leurs relations sexuelles;
- 12,7 % ont vécu une grossesse.

Par ailleurs, la sévérité de l'abus sexuel suggère une plus grande propension à adopter des comportements sexuels à risque.

Nous avons pu également observer que les données proposées en regard des adolescents adoptant des comportements sexuels à risque à la suite d'un abus sexuel s'apparentent à celles proposées pour les jeunes en difficulté hébergés dans les centres jeunesse. Rappelons qu'une forte proportion de ces jeunes ont rapporté avoir vécu un abus sexuel intrafamilial ou extrafamilial (67,8 % chez les filles et 12,6 % chez les garçons)[348], qu'une proportion d'entre eux n'ont pas dévoilé s'il y a eu abus sexuel et qu'ils sont aussi susceptibles d'avoir vécu plusieurs formes d'abus.

Tous ces éléments nous incitent donc à être vigilants, tant sur le plan de la prévention que de l'intervention face aux adolescents ayant vécu un abus sexuel et adoptant des comportements sexuels à risque. Ces éléments mettent également en lumière la pertinence d'explorer, s'il y a eu, chez nos adolescents qui adoptent des comportements sexuels à risque, la présence ou non d'un abus sexuel antérieur. Les hypothèses suggérées pour expliquer l'adoption de comportements sexuels à risques pourront guider l'évaluation et les cibles d'intervention à privilégier pour nos adolescents et leur famille.

3.4 Les adolescents ayant vécu un abus sexuel et la consommation d'alcool ou de drogue problématique ou à risque

La consommation d'alcool ou de drogue problématique ou à risque de devenir problématique, incluant la dépendance et l'abus de substance, demeure une préoccupation majeure tant dans les milieux de la recherche que dans ceux de l'intervention. Les conséquences qu'entraîne la consommation problématique peuvent être nombreuses sur les plans personnel, familial et social. De plus, la consommation d'alcool est associée à d'autres conduites à risque, par exemple,

[348] Lambert et coll., *op. cit.,* p. 46.

l'adoption de comportements sexuels à risque ou l'augmentation de dangers de violences physiques et sexuelles[349].

La consommation d'alcool peut causer des changements dans la structure et la fonction du cerveau en développement, des problèmes relationnels, des difficultés scolaires et à plus long terme, une augmentation des risques de problèmes de santé physique et mentale. Certaines drogues augmentent également le risque de problèmes psychologiques, notamment la psychose, chez les personnes vulnérables[350].

L'origine de la consommation est complexe et multifactorielle et plusieurs facteurs de risque, dont le fait d'avoir vécu un abus sexuel, peuvent entraîner un risque de problèmes de consommation de drogue et d'alcool. Si l'abus sexuel n'est pas le seul facteur qui mène à des problèmes de consommation, plusieurs études suggèrent un lien significatif entre le fait d'avoir vécu un abus sexuel et le développement de problèmes de consommation[351]. Le fait d'avoir vécu une agression sexuelle augmenterait de 1,5 à 3 fois la probabilité de développer un problème de dépendance à l'alcool[352]. Sans établir un lien de cause à effet, la pertinence de se pencher sur cette double problématique semble évidente.

Cette section proposera une définition de la consommation d'alcool et de drogue problématique ou à risque, de même que quelques données qui y sont reliées. La problématique des adolescents ayant des problèmes de consommation à la suite d'un abus sexuel sera abordée ainsi que quelques hypothèses et pistes d'intervention en lien avec cette double problématique.

3.4.1 Définition de consommation d'alcool ou de drogue problématique ou à risque

Les façons de mesurer les problèmes de consommation de drogue ou d'alcool à l'adolescence varient grandement d'une étude à l'autre. Différents aspects y sont considérés, soit la consommation ou non de drogues, la fréquence et le nombre de substances, la présence de

349 QUÉBEC, ISQ, 2012, *op. cit*., p. 170-171.

350 QUÉBEC, ISQ, 2012, *op. cit*., p. 170-171.

351 T-L. Simpson; W.R. Miller. « Concomitance between childhood sexual and physical abuse and substance use problems : A review. ». *Clinical Psychology Review,* vol. 22, 2002. p. 49.

352 M. Dufour; K. Bertrand, N. Brunelle et I. Beaudoin. « Le rétablissement des adolescentes victimes d'agression sexuelle en traitement pour leur problème de consommation de substances psychotropes ». *RISQ-INFO*, vol. 20 n°1, oct. 2012. p. 11.

problèmes de dépendance ou d'abus, le nombre de consommations au cours de la dernière année ou à vie et la consommation excessive[353].

Au Québec, l'outil privilégié pour dépister la consommation problématique ou à risque est le **DEP-ADO** : « un questionnaire bref qui permet d'évaluer l'usage d'alcool et de drogues chez les adolescents et de faire une première détection de la consommation problématique ou à risque[354] ». Le calcul d'un score associé aux couleurs des feux de circulation indique à l'intervenant le type d'intervention et de service requis pour l'adolescent.

Feu vert : aucun problème évident de consommation.

Feu jaune : problème en émergence : intervention souhaitable.

Feu rouge : problème évident : intervention spécialisée nécessaire.

Plusieurs enquêtes québécoises, notamment celles effectuées par l'Institut de la statique du Québec, utilisent le DEP-ADO ainsi que d'autres indicateurs pour mesurer la consommation des substances psychoactives chez les jeunes et déterminer le niveau de gravité de consommation, soit la consommation problématique ou à risque.

Les principaux indicateurs utilisés auxquels nous ferons référence dans cette section sont :

Le type et la fréquence de consommation

La catégorie « consommation à fréquence élevée » regroupe les consommateurs réguliers et quotidiens, soit les jeunes qui ont consommé au cours des 12 derniers mois :

- La fin de semaine ou 1 à 2 fois par semaine;
- Trois fois et plus par semaine, mais pas tous les jours;
- Tous les jours.

L'âge d'initiation

- La consommation d'alcool en bas âge est un facteur de risque relié à une consommation abusive d'alcool plus tard dans la vie[355].

---

353 J. Wright et coll., 2006, *op.cit.*, p. 310.

354 Grille DEP-ADO. www.risqtoxico.ca/risq/www/dep_ado.php, (page consultée en mai 2013). p. 5.

355 QUÉBEC, ISQ, 2012. *op. cit.,* p. 204.

La consommation excessive

- La consommation excessive par occasion, c'est-à-dire au cours d'une même occasion, huit consommations ou plus d'alcool chez les garçons et cinq consommations ou plus d'alcool chez les filles, au cours des 12 derniers mois.
- La consommation excessive et répétitive c'est-à-dire une consommation excessive telle que définie plus haut à cinq reprises et plus au cours des 12 derniers mois.

La polyconsommation

- La consommation concomitante de substances psychoactives telle que l'alcool et une ou des drogues est un déterminant du développement de problèmes associés à la surconsommation. Cet indicateur regroupe les jeunes qui ont consommé de l'alcool et de la drogue au moins une fois au cours d'une période de 12 mois[356].

3.4.2 Usage et abus d'alcool ou de drogue chez les adolescents en général et dans les populations vulnérables

Chez les jeunes en général :

- 63 % des jeunes disent avoir consommé de l'alcool et 27 % de la drogue au cours de leur vie[357];
- 85 % des consommateurs d'alcool ou de drogue sont initiés entre 12 et 13 ans (12,6 ans)[358];
- 15 % des adolescents consomment de l'alcool à une fréquence élevée[359];
- 3,5 % des adolescents consomment de la drogue à une fréquence élevée et pour le cannabis, ce sont 9 % des adolescents qui en consomment à une fréquence élevée[360];

[356] QUÉBEC, ISQ, 2012. *op. cit.,* p.174.

[357] *Ibid, op. cit.,* p. 169.

[358] ISQ 2009 dans L. Durocher et S. Pelletier, *Groupe de réflexion sur les drogues. Formation. Diaporama.* Montréal, Centre jeunesse de Montréal — Institut universitaire, 2013.

[359] QUÉBEC, ISQ, 2012. *op. cit.,* p. 181.

[360] *Ibid.*, p. 195. Le 3,5 % est la moyenne des pourcentages de la consommation à fréquence élevée des 4 drogues les plus souvent consommées (cannabis, ecstasy, amphétamines et hallucinogènes).

- 41 % des jeunes ont eu un épisode de consommation excessive d'alcool au cours de la dernière année[361];
- 25 % ont été des polyconsommateurs et 5 % présentent un problème important de consommation de substance psychoactive[362].

Chez les jeunes en difficulté :

Les jeunes en difficulté représentent une clientèle vulnérable qui est susceptible de cumuler plusieurs conduites à risque, particulièrement la consommation de psychotropes. Ces quelques données permettront de saisir l'ampleur de cette problématique au sein de cette population :

Chez les jeunes desservis par les centres jeunesse, une étude révèle que l'usage des psychotropes est un phénomène répandu chez ces jeunes[363] :

- 88 % des garçons et 87 % des filles ont déjà consommé de l'alcool dans leur vie;
- L'âge d'initiation à l'alcool est de 11,8 ans pour les garçons et de 12,3 ans pour les filles et au cannabis de 12,8 ans pour les deux sexes;
- 78 % des garçons et 75 % des filles ont déjà consommé du cannabis au cours de leur vie;
- Près du tiers ont consommé de l'alcool et du cannabis chaque semaine pendant l'année précédant l'étude;
- 37,3 % des jeunes ont un profil de consommation élevée et 33,8 % de consommation modérée.

Chez les jeunes 14 à 17 ans hébergés en centre jeunesse[364] :

- 92,5 % ont déjà consommé de l'alcool au cours de leur vie (95,1 % des filles et 89,9 % des garçons);
- 90,6 ont déjà consommé de la drogue au cours de leur vie (91,4 % des filles et 89,9 % des garçons);
- 53,1 % des filles et 56,6 % des garçons ont eu un épisode de consommation régulière d'alcool (une fois par semaine pendant au moins un mois) au cours de leur vie;

---

361 QUÉBEC, ISQ, 2012. *op. cit.,* p. 169.

362 *Ibid.,* p. 170.

363 M. Laventure, M. Déry et R. Pauzé. « Profil de consommation d'adolescents, garçons et filles, desservis par des centres jeunesse ». *Drogues, santé et société*, vol. 7. n°2, 2008. p. 27 et 29.

364 Lambert et coll., *op.cit.*, p. 28 à 31.

- 75,6 % des filles et 81,1 % des garçons ont déjà eu un épisode de consommation régulière de drogue au cours de leur vie;
- Près du quart des garçons et des filles ont consommé de l'alcool trois fois ou plus par semaine au cours de l'année précédant leur admission;
- 62,4 % des filles et 72,6 % des garçons ont consommé de la drogue trois fois ou plus par semaine au cours de l'année précédant leur admission;
- 72,5 % des filles et 80,4 % des garçons ont consommé de façon excessive de l'alcool au cours d'une même occasion durant l'année précédant leur admission;
- Parmi les jeunes qui ont consommé du cannabis dans l'année précédant leur admission, 45,5 % des filles et 65,6 % des garçons en ont consommé tous les jours;
- Selon le DEP-ADO, 58,4 % des filles et 63,1 % des garçons ont un problème évident de consommation d'alcool et/ou drogue (feu rouge)[365].

Une multitude de facteurs peuvent influencer le développement de la consommation problématique à l'adolescence. Sans impliquer un lien de cause à effet, certains individus présentent des caractéristiques et des expériences de vie les rendant plus susceptibles de présenter des risques liés à leur consommation de drogue[366]. L'outil de dépistage le DEP-ADO tient compte des facteurs de risque les plus significatifs pour détecter la consommation problématique ou à risque.

3.4.3 Double problématique : Les adolescents qui présentent une consommation d'alcool ou de drogue problématique ou à risque à la suite d'un abus sexuel

Un grand nombre d'études suggèrent que le fait d'avoir vécu un abus sexuel constitue un facteur de risque dans le développement de la consommation et la dépendance durant l'adolescence[367].

[365] Lambert et coll., *op. cit.*, p. 4.

[366] Pour une vue d'ensemble des facteurs de risque, se référer au tableau présenté dans le Guide d'accompagnement et d'intervention « Usage et abus de drogues », p. 18.

[367] S.-H. Shin,H. Hyokyoung, G. Hong, et A.L. Hazen. « Childhood sexual abuse and adolescent substance abuse : A latent class analysis. »*Drug and alcohol dependence*, 109, 2010, p. 232 et R. Maniglio. « The Role of Child Sexual Abuse in the Etiology of Substance-Related Disorders. » *Journal of Addictive Diseases.* vol. 30, 2011, p. 222.

Chez des adolescents issus d'écoles secondaires, le fait d'avoir vécu un abus sexuel par rapport au fait de ne pas avoir vécu une telle situation entraîne la probabilité :

- D'être 3,14 fois plus susceptible de consommer de l'alcool à une fréquence élevée[368];
- D'être 3,86 fois plus susceptible de consommer de la drogue à une fréquence élevée[369];
- D'avoir deux fois plus d'épisodes de consommation excessive d'alcool durant l'adolescence[370].

Également, parmi les jeunes abusés sexuellement qui consomment :

- 42 % des adolescents abusés consomment de l'alcool à une fréquence élevée et 12 % de la drogue à une fréquence élevée[371].

Dans le cadre d'études portant sur des adolescentes recevant des services du système public :

- 78 % des filles abusées révèlent boire plus d'une fois par année et 50 % à 54 % des filles abusées révèlent avoir commencé à consommer du cannabis[372];
- L'âge moyen du début de la consommation d'alcool chez les adolescentes abusées est de 11,4 ans et celui de la consommation de cannabis est de 12,4 ans[373];
- 38,3 % des adolescentes abusées ont une consommation problématique d'alcool ou de drogue[374];
- Les filles abusées sont cinq fois plus susceptibles d'être polytoxicomanes que les filles non abusées[375].

---

368 P.-B. Moran; S. Vuchinich et N.K. Hall. « Associations between types of maltreatment and substance use during adolescence ». *Child Abuse and Neglect*. vol. 28, 2004. p. 570.

369 P.-B. Moran *et coll., op. cit.,* p. 570.

370 Diaz et coll., 2002 dans S.-H. Shin et coll., *op. cit.,* p. 227.

371 P.-B. Moran et coll., *op. cit*., p. 569.

372 B.-J. Flanigan, P.A. Potrycus et D. Marty. « Alcool and Marijuana Use Amond Female Adolescent Incests Victims. » *Alcoholism Treatment Quarterly*, vol. 5. p. 235.

373 *Ibid.,* p. 235 et 237.

374 T.-L. Simpson et W.R. Miller., *op. cit*., p. 36.

375 S.-H. Shin et coll., *op. cit.,* p. 232.

3.4.4 Hypothèses et pistes d'intervention en regard des adolescents qui présentent une consommation d'alcool ou de drogue problématique ou à risque à la suite d'un abus sexuel

Il semble que le fait d'avoir vécu un abus sexuel soit un facteur de risque important quant à l'adoption de problèmes de consommation. Un certain nombre d'hypothèses permettent de comprendre le sens donné à la consommation problématique pour ceux qui ont vécu un abus sexuel[376] :

- Gérer sa colère, tristesse, honte, culpabilité;
- Combattre les sentiments de stigmatisation et d'impuissance;
- Réprimer ou altérer les émotions négatives;
- Faciliter les rencontres sociales;
- Augmenter l'estime de soi;
- Surmonter les difficultés sexuelles;
- Vivre un sentiment de stigmatisation qui les amène à s'identifier et à côtoyer des pairs qui consomment;
- Anesthésier la souffrance psychologique;
- Gérer les difficultés liées aux problèmes d'identité[377];
- Tenter de se guérir soi-même[378];
- Etc.

Le fait d'avoir été abusé sexuellement et de développer des problèmes de consommation d'alcool ou de drogue entraîne certaines implications cliniques. Cette double problématique devient un facteur à prendre en considération pour une meilleure efficacité du traitement en toxicomanie. Le pourcentage de femmes ou d'adolescentes abusées sexuellement en traitement pour abus de substances est nettement plus élevé que celui de la population en général. À titre d'exemple, dans une étude québécoise portant sur des adolescents (garçons et filles) en traitement pour un problème de toxicomanie, on retrouve 43,5 %

376 M. Dufour et coll., *op. cit.*, p. 1.

377 S.-H. Shin et coll., *op. cit.*, p. 232.

378 J.-P. Gagné, « Abus sexuel et développement de la toxicomanie : considérations sur le type de services appropriés ». *L'Intervenant*, 1998. *op. cit.,* p. 11.

d'adolescentes abusées[379]. Dans la population en général, c'est 20 %[380] des Québécoises qui ont révélé avoir été abusées avant d'avoir 18 ans.

En ce qui concerne les adolescents en traitement pour des problèmes de consommation, le taux de garçons qui dévoilent un abus sexuel est sensiblement le même que celui que l'on retrouve dans la population générale. Chez les garçons en traitement pour des problèmes de consommation, 7.3 %[381] ont révélé avoir vécu un abus sexuel. Dans la population en général, c'est 10 %[382] des Québécois qui ont révélé avoir été abusés avant d'avoir 18 ans. On peut suggérer que les adolescents traités en toxicomanie ne réalisent pas nécessairement le lien qui existe entre leur abus sexuel antérieur et le développement de leurs problèmes de consommation[383].

En contrepartie, les quelques études qui traitent des hommes ayant dévoilé un abus sexuel et qui développent et parlent de leurs problèmes de consommation, suggèrent que les problèmes de consommation sont élevés chez les hommes abusés sexuellement. Il apparaît ainsi qu'il semble plus facile pour un homme ayant été abusé sexuellement de révéler qu'il a des problèmes de consommation que l'inverse.

Ainsi, que l'on traite un problème de toxicomanie ou une situation d'abus sexuel, la question de la double problématique pose des défis. En ce qui a trait à l'intervention, il ne semble pas y avoir de consensus sur le fait que l'on doive intervenir d'abord sur les problèmes de consommation ou plutôt sur les séquelles de l'abus sexuel. Certains soulignent l'importance d'une période de sobriété pour avoir la force d'aborder l'abus sexuel alors que d'autres suggèrent qu'il y aura davantage de rechutes si on ne traite pas l'abus sexuel qui a probablement mené à l'assuétude[384]. Mais, il est de plus en plus suggéré, en s'inspirant de l'expérience d'intervention dans la double problématique de santé mentale et toxicomanie, d'aborder l'abus sexuel et la toxicomanie de façon intégrée[385]. L'adolescent pourra ainsi porter un regard sur les motifs qui le poussent à consommer de façon abusive et apprendre à identifier, développer et utiliser ses ressources pour mieux comprendre et gérer l'expérience de l'abus sexuel. Également, les traitements de « confrontation » ne sont pas ceux à privilégier avec les victimes d'abus sexuel ayant développé un problème

---

[379] M. Dufour et coll., 2012, *op. cit.,* p. 13.

[380] M.-E. Paradis et M. Tourigny. *op. cit.,* p. 4.

[381] M. Dufour et coll., 2012, *op. cit.,* p. 13.

[382] M.-E., Paradis et M. Tourigny. *op. cit.,* p. 4.

[383] J.-P. Gagné, *op. cit.*, p. 11.

[384] K.-M. Clay,J-A Olsheski et, S.W. Clay. « Alcohol Use Disorders in Female Survivors of Childhood Sexual Abuse » *Alcoholism Treatment Quaterly.* vol. 18, n° 4, 2000. p. 26.

[385] J.-P. Gagné. *op. cit.*, p. 11.

d'alcool[386]. Il serait plutôt préférable de s'inspirer de philosophie d'approches telles que celles de la réduction des méfaits et de l'approche motivationnelle.

Rappelons qu'au CJM-IU, lorsqu'un jeune consomme, trois niveaux d'intervention sont visés, tels que prescrits au processus clinique intégré[387] :

- Le premier niveau est celui du dépistage des jeunes ayant des problèmes de consommation de drogue et d'alcool en utilisant le DEP-ADO;
- Le deuxième niveau est celui de l'orientation des jeunes au Mécanisme d'accès en toxicomanie pour les jeunes de moins de 18 ans de l'île de Montréal (MATJM) lorsque ces derniers cotent « feu rouge », afin de lui offrir des services spécialisés;
- Le troisième niveau consiste à accompagner les jeunes ayant une consommation à risque de devenir problématique « feu jaune » et les jeunes cotant « feu rouge » non motivés à recevoir des services spécialisés. L'accompagnement auprès des parents de ces jeunes est également prévu.

Des outils ont été développés au CJM-IU pour soutenir l'intervenant dans son accompagnement auprès de ces jeunes cotant « feu jaune » et ceux cotant « feu rouge » non motivés à recevoir des services spécialisés : *le Guide d'accompagnement et d'intervention : Usage et abus de drogues*[388] et le programme d'activités : *Groupe de réflexion sur les drogues*[389]. De plus, les intervenants peuvent également se référer aux personnes relais du regroupement toxico du CJM-IU pour obtenir du soutien ou pour tout autre besoin.

En ce qui a trait à l'accompagnement des jeunes ayant vécu un abus sexuel, la partie 2 de ce guide traitant de la problématique et de l'intervention de l'abus sexuel et des situations à risque saura guider l'intervention en matière d'abus sexuel. Également, la référence au consultant CSCS lors de questionnements en cours d'intervention et la

---

[386] K.-M. Clay et coll., *op. cit.*, p. 26.

[387] CJM-IU. Processus clinique intégré. Procédure LPJ-LSSSS. *Évaluation de la situation familiale : guide pédagogique CJM-IU.* p. 3. (Document interne).

[388] Durocher, L., P Desrosiers, S. Pelletier, et, P. Trudeau-Leblanc, *Usage et Abus de drogues. Guide d'accompagnement et d'intervention.* Montréal, Centre jeunesse de Montréal — Institut universitaire. 2001.

[389] Durocher, L., S. Pelletier, et, P. Trudeau-Leblanc. *Groupe de réflexion sur les drogues. Guide d'animation.* Montréal, Centre jeunesse de Montréal — Institut universitaire. 2005.

collaboration avec des partenaires (annexe 9) permettront de soutenir l'intervention.

Finalement, à la lumière de l'évaluation effectuée auprès du jeune et de sa famille, l'intervention doit, tout en consolidant les facteurs de protection, viser à diminuer les conditions qui peuvent contribuer à maintenir l'adoption d'une consommation d'alcool ou de drogue problématique ou à risque chez l'adolescent ayant été abusé sexuellement.

Il importe de se rappeler que le rétablissement en regard de l'abus sexuel est un processus dynamique et multidimensionnel. En effet, à la fois le soutien formel (policiers, organisme de soutien du milieu, thérapeutes, etc.) et le soutien informel (famille, amis, voisins, etc.) jouent un rôle critique dans l'aptitude à gérer et à s'adapter au stress que peut engendrer l'abus sexuel[390]. Ainsi, tout en s'inspirant du processus d'intervention présenté dans le guide[391], des suggestions de compétences à développer en lien avec le cadre d'intégration sociale[392] et de la collaboration avec les partenaires[393], certaines pistes ou thèmes pourraient être explorés pour aider la détresse et prévenir les comportements de consommation d'alcool ou de drogue problématique ou à risque chez les jeunes abusés sexuellement :

AUPRÈS DE L'ADOLESCENT :

- Aborder avec lui le sens que peut prendre la consommation dans sa vie.
- Lui présenter des défis tout en lui apportant du soutien et en évitant le blâme[394].
- Augmenter son estime personnelle par des activités sportives, artistiques ou sociales[395].
- Améliorer la régulation de ses émotions[396].
- L'aider à reprendre du pouvoir sur sa vie[397].
- Aborder les questions qui traitent de la sexualité et des relations interpersonnelles[398].

---

[390] P. Tummala-Narra. *op. cit.*, p. 206. 2007.

[391] Pour plus d'information, se référer au présent guide aux pages 73-93.

[392] Pour plus d'information, se référer au présent guide aux pages 94-101.

[393] Pour plus d'information, se référer à l'annexe 9 sur les partenaires, p. 167.

[394] K.-M. Clay, et coll., *op. cit.*, p. 26.

[395] *Ibid.,* p. 26.

[396] *Ibid.,* p. 26.

[397] *Ibid.,* p. 26.

- L'inviter à s'associer à des amis non consommateurs[399].

EN LIEN AVEC LES PARENTS[400] :

- Les aider à comprendre ce qui a amené leur adolescent à développer des problèmes de consommation.
- Inclure le parent ou les parents dans le processus d'intervention afin qu'ils soutiennent leur adolescent dans les changements qu'entraîne l'intervention, et ce, afin d'en favoriser la pérennité.
- Les amener à adopter des attitudes et des comportements de soutien.
- Les aider à développer des compétences d'encadrement[401].

En conclusion, sans établir de lien de cause à effet, tous les éléments de cette section nous alertent sur le lien entre le fait d'avoir vécu un abus sexuel et le développement de problèmes de consommation ou à risque de consommation à l'adolescence. Le fait que les adolescentes abusées soient surreprésentées dans les groupes de traitement en toxicomanie nous sensibilise à l'éventualité de cette double problématique lorsque nous nous trouvons devant une jeune fille ayant des problèmes de consommation. On peut penser qu'il en est de même pour les garçons, mais les études trop peu nombreuses à ce sujet ne nous permettent pas d'approfondir la question.

De plus, les écarts observés dans les études portant sur les jeunes dans la population générale et celles portant sur les adolescents ayant vécu un abus sexuel apparaissent préoccupants :

Dans les études portant sur la population générale d'adolescents[402] :

- 15 % consomment de l'alcool à une fréquence élevée;
- 3,5 % consomment de la drogue à une fréquence élevée;
- 5 % présentent un problème important de consommation de substances psychoactives.

Alors que des études portant sur des adolescents abusés sexuellement suggèrent que :

- 42 % consomment de la drogue à une fréquence élevée[403];

---

398 K.-M. Clay, et coll., *op. cit.*, p. 26.

399 S.-H. Shin, et coll., *op. cit.*, p. 233.

400 J. Wright et coll., 2006, *op.cit.*, p. 319.

401 S.-H. Shin et coll., *op. cit.*, p. 233.

402 ISQ, 2012. *op. cit.,* p. 170-181-195.

- 12 % consomment de la drogue à une fréquence élevée[404];
- 38,3 % présentent un problème d'usage abusif d'alcool ou de drogue[405].

Les données proposées en regard des adolescents ayant des problèmes de consommation à la suite d'un abus sexuel s'apparentent à celles proposées pour les jeunes en difficulté hébergés en centre jeunesse. Ces derniers ont une grande probabilité d'avoir vécu un abus sexuel ou d'autres situations abusives ou de maltraitance, augmentant encore plus le risque de développer des problèmes de consommation[406].

Il importe donc de garder en tête la possibilité que l'adolescent ayant vécu un abus sexuel ait un plus grand risque de développer des problèmes de consommation et qu'un adolescent ayant des problèmes de consommation ait pu avoir vécu un abus sexuel. Sans être exhaustives, les hypothèses et les pistes d'intervention proposées dans cette section peuvent contribuer à construire une intervention plus intégrée et adaptée aux besoins des jeunes vivant cette double problématique et à leur famille.

3.5 Les adolescents ayant vécu un abus sexuel et les comportements délinquants

Le comportement délinquant réfère à une réalité complexe qui se présente sous de multiples facettes intégrant des niveaux de gravité distincts. Plusieurs facteurs peuvent contribuer au développement de l'adoption de comportements délinquants, notamment les expériences de victimisation dans l'enfance, avoir présenté un comportement agressif durant l'enfance, avoir un manque d'autocontrôle, des problèmes de consommation, vivre dans un environnement familial offrant un faible niveau de supervision parentale ou d'attachement, etc.[407] Les auteurs s'entendent généralement sur le lien qui existe entre la maltraitance dans l'enfance ou l'adolescence et le développement ultérieur des comportements délinquants. L'interaction et l'accumulation de facteurs de risque peuvent également augmenter la probabilité d'adopter des comportements délinquants et parfois même des démêlés avec la justice. Sans établir de cause à effet et en gardant en tête qu'un facteur de risque n'implique pas nécessairement que l'individu s'engagera dans la délinquance, il semble que le fait d'avoir

---

403 P.-B. Moran et coll., p. 569.

404 *Ibid.,* p. 569.

405 T.-L. Simpson et W.R. Miller. *op. cit.*, p. 36.

406 P.-B. Moran et coll., *op. cit.*, p. 570.

407 QUÉBEC, ISQ. 2012. Tome 1. *op. cit.*, p. 83.

vécu un abus sexuel soit associé à une plus grande tendance à révéler l'adoption de comportements délinquants[408].

Cette section n'a pas la prétention de brosser un portrait exhaustif de la double problématique des jeunes adoptant des comportements délinquants à la suite d'un abus sexuel, mais vise plutôt la sensibilisation du lecteur à ce possible risque. Ainsi, cette section traitera d'abord des comportements délinquants en proposant une définition et quelques données reliées à l'adoption de ces comportements. Par la suite, la double problématique des adolescents présentant des comportements délinquants à la suite d'un abus sexuel sera abordée en y associant quelques données et en suggérant des hypothèses et des pistes d'intervention en lien avec l'adoption de ces comportements à la suite d'un abus sexuel.

3.5.1 Définition des comportements délinquants

Dans cette partie, le choix des études utilisées a été guidé par le fait qu'elles utilisent la méthode d'autorévélation puisque celle-ci intègre à la fois des données sur les comportements délinquants non sanctionnés et ceux inscrits dans les registres officiels. Les comportements délinquants autorévélés peuvent donc avoir été portés à l'attention de la justice ou non; ils réfèrent à différentes infractions dont voici quelques exemples tirés des études consultées :

Infractions contre la propriété : vandalisme, vol, dommage à la propriété, entrée par effraction, etc.

Infractions contre la personne : voie de fait, utilisation d'armes ou menace d'en utiliser une pour obtenir quelque chose, bataille entre gangs, etc.

La vente de drogue : trafic de drogues.

Fugue : s'enfuir de la maison, d'une famille d'accueil, etc.

3.5.2 Comportements délinquants chez les adolescents en général

Les adolescents qui adoptent des comportements délinquants forment un groupe hétérogène; leurs comportements s'inscrivent dans un contexte et une perspective développementale. En ce qui a trait à la différence de genre, de façon générale, même si elles en commettent,

[408] J. Wright et coll., 2006, *op.cit.*, p. 312.; H.Y. Swantson, P.N. Parkinson, B.I. O' Toole, A.M. Plunkett, S. Shrimpton et R. K. Oates. « Juvenile crime, agression and delinquency after sexual abuse », British Journal of Criminology, 2003, p. 742.

« les filles commettent moins de délits graves et persistent moins dans la délinquance que les garçons[409]. »

Une enquête québécoise effectuée auprès de jeunes de 12 à 17 ans issus d'écoles secondaires, brosse un portait des comportements délinquants[410] :

- 41 % (50,1 % des garçons et 31 % des filles) révèlent avoir adopté au moins un comportement délinquant.

Délits contre les biens :

- 34 % (41,2 % des garçons et 26,5 % des filles) des élèves du secondaire admettent avoir fait au moins un délit contre les biens.
    - De ce nombre, 10 % (13 % des garçons et 7 % des filles) révèlent récidiver trois fois ou plus dans la commission de ce type de délit.

Actes de violence contre la personne :

- 20 % (28,7 % des garçons et 11 % des filles) des élèves du secondaire admettent avoir commis au moins un acte de violence contre la personne.
    - De ce nombre, 5,8 % (9,1 % des garçons et 2,4 % des filles) révèlent récidiver trois fois ou plus dans la commission de ce type de délit.

Vente de drogues, port d'arme et appartenance à un gang qui a enfreint la loi :

- 7 % (9,3 % des garçons et 4,5 % et des filles) des élèves du secondaire révèlent vendre de la drogue;
- 6 % (10 % des garçons et 2,5 % des filles) des élèves du secondaire révèlent avoir porté une arme comme moyen de défense ou pour se protéger;
- 4,5 % (5,4 % des garçons et 3,5 % des filles) des élèves du secondaire révèlent appartenir à un gang qui a enfreint la loi.

---

[409] Lanctôt et LeBlanc, 2000 dans N. Brunelle, M-M Cousineau. *Trajectoires de déviance juvénile : les éclairages de la recherche qualitative.* Presses de l'université du Québec, Québec, 2005, p. 11.

[410] QUÉBEC, INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC. (ISQ) *L'enquête québécoise sur la santé des jeunes du secondaire 2010—2011* : *Le visage des jeunes d'aujourd'hui : leur santé mentale et leur adaptation sociale. Tome 2*, Québec, 2013. p. 89-96-97.

Fugue[411] :

- On compte parmi les fugueurs, 58 % de filles et 42 % de garçons;
- Dans 50 % des cas, tant pour les garçons que les filles, les fugues ont lieu lorsque les jeunes sont âgés entre 14 et 15 ans;
- Tant pour les garçons que les filles, 82 % des fugueurs ont déjà fugué plus d'une fois.

3.5.3 Double problématique : Les adolescents qui adoptent des comportements délinquants à la suite d'un abus sexuel

Les auteurs s'entendent généralement sur le fait que les adolescents ayant vécu un abus sexuel sont plus susceptibles d'adopter des comportements délinquants que ceux n'ayant pas été abusés. Une grande partie des recherches effectuées tirent leurs données de questionnaires d'autorévélation. Si la plupart des auteurs utilisant cette méthode d'autorévélation suggèrent une association entre le fait d'avoir été abusés sexuellement et la plus grande probabilité d'adopter des comportements délinquants[412], ceux qui utilisent les données officielles (registres d'accusations, condamnations, etc.) ne sont pas unanimes sur le lien à établir entre ces deux problématiques[413]. Il est aussi plus difficile de lier le fait d'avoir vécu un abus sexuel à un comportement délinquant spécifique[414]. Voici néanmoins quelques données qui illustrent la propension à adopter différents comportements délinquants chez les adolescents ayant vécu un abus sexuel :

Des études américaines portant sur les révélations d'élèves (gars et filles) issus d'écoles secondaires suggèrent que :

---

[411] Bender, 2007 dans S. Hamel. *Rejoindre les mineurs en fugue dans la rue : une responsabilité commune en protection de l'enfance.* Rapport final. 2012. Sécurité publique Québec. p. 5.

[412] J. Wright et coll., 2006, *op.cit*., p. 312.

[413] H. Y. Swantson et coll., *op. cit.,* p. 743; J.-A. Siegel et L.-M. Williams. « Relationship Between Child Sexual Abuse and Female Delinquency and Crime : A Prospective Study ». *Journal of Research in Crime and Delinquency.* vol. 40, n°71, 2003. p. 89-90.

[414] J. Wright et coll., 2004, *op. cit.,* p. 628.

- Les adolescents abusés sont 1,8 fois plus susceptibles d'être engagés dans un gang que les adolescents qui n'ont pas vécu cette expérience[415];
- Les filles abusées sexuellement sont deux fois plus susceptibles de révéler avoir transporté une arme dans les 30 derniers jours que les filles non abusées. Il n'y a pas de différences significatives entre les garçons abusés et ceux n'ayant pas été abusés[416].

Dans le cadre d'une étude australienne, la comparaison entre les adolescents abusés sexuellement (garçons et filles) d'une population clinique à celle d'adolescents non abusés sexuellement de la population générale, suggère que[417] :

- 76 % des adolescents abusés sexuellement révélaient des comportements délinquants comparativement à 40 % des adolescents non abusés;
- 45 % des adolescents abusés sexuellement révélaient avoir commis des délits contre la propriété comparativement à 19 % des adolescents non abusés;
- 52 % des adolescents abusés sexuellement révélaient avoir commis un assaut contre la personne comparativement à 14 % des adolescents non abusés;
- 26 % des adolescents abusés sexuellement révélaient des ventes de drogues comparativement à 8 % des adolescents non abusés.

Selon leurs révélations, les adolescentes abusées sexuellement suivies majoritairement en protection de la jeunesse, comparativement à celles non abusées en provenance d'écoles secondaires, sont plus susceptibles d'adopter des comportements de fugue, de vol et de faire l'objet d'arrestations policières[418].

- 25,7 % des filles abusées issues des services de protection ont révélé avoir adopté un comportement de fugue comparativement à 4 % des filles non abusées issues d'écoles secondaires;

---

[415] K.-M., Thompson, R. Braaten-Anri. « Youth Maltreatment and Gang Involvement » *Journal of Interpersonnal Violence* ». vol. 13, 1998. p. 337.

[416] R-T Leeb, L-E Barker, T-W Strine. « The Effect of Childhood Physical and Sexual Abuse on Adolescent Weapon Carrying », *Journal of Adolescent Health*. vol. 40. 2007. p. 556.

[417] H-.Y. Swantson et coll., p. 738-739. Échantillon issues d'unités de protection de l'enfance dans deux hôpitaux.

[418] J. Wright et coll., 2004, p. 635. Échantillon issue de trois agences de protection au Québec et d'une unité pédiatrique d'un hôpital.

- 12,1 % des filles abusées issues des services de protection ont révélé avoir volé comparativement à 3 % des filles non abusées issues d'école secondaire;
- 17,9 % des filles abusées issues des services de protection ont révélé avoir été arrêtées par la police comparativement à 5,6 % des filles non abusées issues d'écoles secondaires.

3.5.4 Hypothèses et pistes d'intervention en regard des adolescents qui présentent des comportements délinquants à la suite d'un abus sexuel

Les études qui traitent de cette double problématique sont nombreuses à utiliser un échantillon entièrement féminin et lorsque les échantillons sont mixtes, les filles sont fréquemment plus nombreuses ou les distinctions entre les garçons et les filles ne sont pas précisées. Les conséquences présumées, les hypothèses et les pistes d'intervention sont basées sur ces études et l'évaluation et l'intervention spécifique au genre reste à explorer davantage.

L'intervention en lien avec les adolescents victimes d'abus sexuel qui adoptent des comportements délinquants nous amène à nous demander si une problématique a préséance sur l'autre en ce qui a trait à l'intervention. Plusieurs auteurs suggèrent de prendre en compte les deux problématiques de telle façon à ce que le type d'intervention s'inspire à la fois des interventions issues du champ de la délinquance et de celui de l'abus sexuel[419].

Afin de nous éclairer sur les motifs qui incitent les jeunes ayant été abusés sexuellement à adopter des comportements délinquants, voici un certain nombre d'hypothèses proposées :

- L'expression de la révolte ou de la rage[420];
- Le symptôme d'une détresse vécue[421];
- Le symptôme d'une tentative de dévoilement de l'abus sexuel[422];
- Une technique de survie, notamment pour les filles en fugue[423];

---

[419] C. Feiring, S. Miller-Johnson et C. M. Cleland. « Potential pathways from stigmatization ans internalizing symptoms to delinquency in sexually abused youth ». *Child Maltreatment.* 2007, p. 229.

[420] J. Wright et coll., 2006, *op.cit.*, p. 315.

[421] *Ibid.*

[422] *Ibid.*

- La tentative de se réapproprier du pouvoir que l'adolescent a le sentiment d'avoir perdu au moment de l'abus[424];
- Le sentiment de stigmatisation et l'attribution de blâmes qui amplifient la colère et les réponses hostiles envers autrui et motivent les comportements délinquants[425];
- Etc.

À la lumière de l'évaluation effectuée auprès du jeune et sa famille, l'intervention doit, tout en consolidant les facteurs de protection, viser à diminuer les conditions qui peuvent contribuer à maintenir l'adoption de comportements délinquants chez les adolescents ayant vécu un abus sexuel.

Il importe de se rappeler que le rétablissement en regard de l'abus sexuel est un processus dynamique et multidimensionnel. En effet, à la fois le soutien formel (policiers, thérapeutes, organismes de soutien du milieu, etc.) et le soutien informel (famille, amis, voisins, etc.) jouent un rôle critique dans l'aptitude à gérer et à s'adapter au stress que peut engendrer l'abus sexuel[426]. Ainsi, tout en s'inspirant du processus d'intervention présenté dans le guide[427], des suggestions de compétences à développer en lien avec le cadre d'intégration sociale[428] et de la collaboration avec les partenaires[429], certaines pistes ou certains thèmes pourraient être explorés pour aider la détresse et prévenir la délinquance chez les jeunes abusés sexuellement :

AUPRÈS DE L'ADOLESCENT :

- Cibler et travailler, s'il y a lieu, dès le dévoilement de l'abus sexuel[430] :
  - les sentiments de honte et de stigmatisation;
  - les symptômes internalisés liés à la dépression (humeurs, relations interpersonnelles, etc.);
  - les symptômes liés au syndrome du stress post-traumatique (évitement, hypervigilance, souvenirs envahissants, etc.);

---

423 Arnold, 1991 dans J.-A. Siegel et L.-M. Williams, *op.cit.*, p. 85.

424 Finkhelor et Brown, 1985 dans J.-A. Siegel et L.-M. Williams. *op. cit.,* p. 85.

425 C. Feiring et coll., *op. cit.*, p. *228.*

426 P. Tummala-Narra. *op. cit*., p. 206. 2007.

427 Pour plus d'information, se référer au présent guide aux pages 73-93.

428 Pour plus d'information, se référer au présent guide aux pages 94 à 101.

429 Pour plus d'information, se référer à l'annexe 9 sur les partenaires, p. 167.

430 C. Feiring et coll., *op. cit.*, p. 229.

- La régulation de la colère;
- Les relations et le choix des amis.

- Soutenir la réflexion et le questionnement sur le sens de l'adoption des comportements délinquants.
- Développer des habiletés pour exprimer ses émotions[431].
- Trouver des moyens pour diminuer l'agressivité et les comportements antisociaux[432].
- Développer ou améliorer la qualité de la relation interpersonnelle en ce qui a trait aux filles, en commençant avec les membres de la famille, notamment la mère[433]. Il est possible de croire que cette piste d'intervention serait également appropriée pour les garçons.
- Travailler les distorsions cognitives : l'attribution générale du blâme (la façon d'interpréter les événements négatifs de la vie en général) et la méfiance interpersonnelle développée afin de se protéger[434].
- Participer à des activités qui répondent au besoin de développer un sentiment de compétence et de valorisation.

EN LIEN AVEC LES PARENTS :

- Inclure le ou les parents dans le processus d'intervention afin qu'ils soutiennent leur adolescent dans les changements qu'entraîne l'intervention, et ce, afin d'en favoriser la pérennité.
- Impliquer les parents pour les amener à discuter de l'abus avec leur adolescent au lieu d'éviter le sujet et ainsi renforcer le sentiment de honte[435].
- Aider les parents à comprendre pourquoi leurs adolescents adoptent des comportements délinquants.
- Développer les habiletés parentales en regard de l'encadrement, principalement sur le plan du choix des amis[436].
- Soutenir le parent non-abuseur à trouver des moyens pour diminuer sa détresse psychologique[437].

---

[431] C. Feiring et coll., *op. cit.*, p. 229.

[432] *Ibid*.p.229.

[433] Leve et Chamberlain, 2005 dans M-C. Monette et M. Tourigny. *op. cit.*, p. 38.

[434] M.-C. Monette et M. Tourigny. *op. cit.*, p. 39.

[435] C. Feiring et coll., *op.cit*., p. 229.

[436] C. Feiring et coll., *op.cit*., p. 230.

- Accompagner le parent non abuseur dans le soutien qu'il apporte à son adolescent (démontrer sa confiance et son écoute à son adolescent)[438].

Ce bref portrait a pour but de nous sensibiliser à la double problématique quant à l'abus sexuel et aux comportements délinquants. Plusieurs études suggèrent qu'un plus grand nombre d'adolescents ayant vécu un abus sexuel ont dévoilé avoir adopté divers comportements délinquants comparativement à ceux n'ayant pas vécu d'abus. À titre d'exemple, la fugue, ici considérée comme un comportement délinquant, semble être un des comportements le plus susceptible d'être adopté, notamment par les filles abusées suivies en protection.

Il est important de nuancer et de préciser le fait qu'il n'y a pas de relation de cause à effet entre l'abus sexuel et l'adoption de comportements délinquants, c'est-à-dire que l'adoption de comportements délinquants peut aussi être motivée par d'autres facteurs de risque que celui de l'abus sexuel. Il apparaît toutefois pertinent de garder en tête qu'un jeune adoptant des comportements délinquants ait pu avoir vécu un abus sexuel antérieurement.

Sans être exhaustives, les quelques hypothèses et pistes d'intervention auprès du jeune et de ses parents proposées dans cette section peuvent contribuer à diminuer la détresse chez le jeune et à prévenir l'adoption de comportements délinquants. À ce titre, devant un jeune abusé sexuellement, il importe de cibler certains éléments, et ce, dès le dévoilement de l'abus sexuel, afin de prévenir les comportements délinquants.

[437] M.-C. Monette et M. Tourigny, *op. cit.*, p. 40.

[438] *Ibid.*, p. 40.

Conclusion

La démarche d'élaboration de ce guide de soutien à la pratique a permis de regrouper les principales informations concernant l'intervention éducative en matière de sexualité, la problématique et l'intervention en matière d'abus sexuels de même que certaines conduites à risque susceptible d'être adoptées par les adolescents ayant vécu un abus sexuel.

Tout au long de l'élaboration de ce guide, nous avions la préoccupation d'offrir aux intervenants de l'information, des repères, des balises d'intervention, des outils et des pistes de réflexion afin de les soutenir dans le développement de compétences en matière d'abus sexuel. C'est dans cet esprit, qu'entre autres, nous avons proposé à l'adolescence un modèle qui explique la variabilité des séquelles de l'abus sexuel, nous avons davantage détaillé le processus d'intervention et nous avons proposé des exemples de compétences à rétablir, maintenir ou à développer en lien avec le cadre de l'intégration sociale. Mais au-delà des connaissances, le savoir-être des intervenants à l'égard du jeune et de sa famille demeure un incontournable préalable. De plus, la capacité de l'intervenant à prendre conscience de l'impact que les propos, les comportements et l'histoire du jeune et de ses parents peuvent avoir sur lui est nécessaire pour que le travail en matière d'abus sexuel ne puisse être biaisé. Pour ce faire, le soutien et la supervision clinique apportés aux intervenants s'avèrent essentiels afin qu'ils ne portent pas seul l'intervention et qu'ils puissent garder une distance professionnelle tout en demeurant empathiques.

La sensibilisation aux différentes conduites à risque que les adolescents sont susceptibles d'adopter à la suite d'un abus sexuel nous alerte sur les conditions à mettre en place à la fois pour prévenir l'apparition de ces conduites à risque et pour intervenir sur celles-ci. La possible présence d'un abus sexuel antérieur devant une de ces conduites à risque est également importante à considérer. L'importance d'une intervention intégrée s'adressant à la fois à l'abus sexuel et la conduite à risque a été soulignée pour la plupart des conduites à risque sauf pour les idéations et tentatives suicidaires qui devront être d'abord ciblées afin d'assurer la sécurité de l'adolescent.

L'ampleur du phénomène de l'abus sexuel, notamment dans le cadre d'autorévélations chez les jeunes hébergés en centre jeunesse[439] ou pris en charge sous le motif de trouble de comportement[440], nous interpelle sur le fait que l'intervention en matière d'abus sexuels dépasse

[439] G. Lambert, et coll., *op. cit.,* p. 45-46.

[440] P. Verlaan, et M. Déry, *op. cit*., p. 376.

largement le seul cadre des jeunes suivis sous ce motif. Ceci nous alerte sur l'importance de décoder les indices manifestés par les adolescents pour nous faire savoir qu'ils sont victimes d'abus sexuel. Il importe ainsi de tenir compte, entre autres, des facteurs de risque et de protection, des préconditions à l'abus sexuel, des conséquences de l'abus sexuel et des points de vue de l'adolescent et des parents lors de l'évaluation et au cours de l'intervention.

Travailler avec des adolescents ayant vécu un abus sexuel, c'est travailler aux confins de deux mondes : la sexualité et la violence, où les tabous, l'intimité et le secret sont présents[441]. Le développement de la pratique clinique en matière d'abus sexuel demande l'investissement de temps et une capacité à peaufiner nos interventions tout en intensifiant un travail en collaboration avec nos collègues à l'intérieur du CJM-IU et nos partenaires ayant développé une expertise en abus sexuel.

Ce guide de soutien à la pratique saura favoriser le développement de compétences utiles aux intervenants qui auront à accompagner des adolescents et leur famille aux prises avec une problématique d'abus sexuel ou de conduites à risque à la suite de l'abus sexuel.

---

[441] J.-Y. Frappier, *op. cit.*, p. 80.

Annexe 1 : Sigles et abréviations

ACJQ : Association des centres jeunesse du Québec

CJM-IU : Centre jeunesse de Montréal — Institut universitaire

LPJ : Loi sur la protection de la jeunesse

LSJPA : Loi sur le système de justice pénale pour les adolescents

LSSSS : Loi sur les services de santé et les services sociaux

DSPAU : Direction des services professionnels et des affaires universitaires

DSME : Direction des services milieu à l'enfance

DSMAR : Direction des services milieu à l'adolescence et ressources

DSRA : Direction des services de réadaptation aux adolescents

DSREA : Direction des services de réadaptation à l'enfance et aux adolescentes

DSSSJC : Direction des services spécialisés et des services aux jeunes contrevenants

DRH : Direction des ressources humaines

CSCS : Coordination du soutien clinique spécialisé

DPJ : Direction ou directeur de la protection de la jeunesse

ITS : Infections transmissibles sexuellement

VIH : Virus de l'immunodéficience humaine

TSPT : Trouble de stress post-traumatique

CIDS : Centre d'intervention en délinquance sexuelle

IVAC : Direction de l'indemnisation des victimes d'actes criminels

PSI : Plan de service individualisé

MATJM : Mécanisme d'accès en toxicomanie pour les jeunes de moins de 18 ans de l'île de Montréal

CEMV : Centre d'expertise Marie-Vincent

Annexe 2 : Tableau sur le développement global de l'adolescent[442]

	LES BESOINS	LES DÉFIS
Les 12 à 14 ans	• Se détacher de la dépendance parentale et familiale. • Être reconnu comme adolescent. • Être rassuré sur les changements corporels. • Être soutenu. • Contrôler ses peurs. • Bénéficier de soins de base, maternage, contacts physiques. • Bénéficier de modèles. • Partager un langage commun avec les autres jeunes du même âge.	• Intégrer l'école secondaire. • Partager des activités avec des jeunes du même âge et du même sexe pour situer leur expérience et leurs valeurs, émotions, *feedback* social, être validés dans ce qu'ils vivent. • Partager des amitiés. • Se situer en rapport à sa sexualité. • Expérimenter des rôles et des responsabilités.
Les 14 à 16 ans	• S'opposer à l'autorité. • Être autonome, prendre des décisions qui le concernent. • S'identifier à un groupe. • « Dé-idéaliser » ses parents. • Être soutenu dans sa motivation scolaire.	• Apprendre l'autodiscipline et la maîtrise de soi par l'intériorisation des valeurs et des règles de vie familiale et sociale. • Initier une relation d'intimité : s'ouvrir à l'autre, communiquer, être attentif à soi, à l'autre, maintenir le dialogue. • Imaginer des hypothèses, saisir des liens de cause à effet, tirer des conclusions et prouver leurs opinions. • Évaluer concrètement l'impact de ses idées ou ses projets sur la réalité.
Les 16 à 18 ans	• Tomber en amour. • Rechercher le partenaire « idéal ». • Être aidé lors d'une peine d'amour. • Imaginer, réfléchir.	• Vivre des expériences amoureuses et sexuelles en composant avec des sentiments de valorisation (déclaration amoureuse) et de déception (peine d'amour). • Approfondir des relations, développer sa motivation, son autonomie et sa capacité de coopération grâce à l'appartenance à un groupe. • Apprendre à résoudre ses problèmes. • Accepter les différences. • Partager le pouvoir. • Améliorer ou maintenir sa motivation scolaire. • Faire des choix pour son avenir et s'y préparer.

[442] Tiré de S. Young. Du *plus petit au plus grand! Outil de soutien à l'observation et à l'accompagnement des enfants de 0 à 18 ans.*

Annexe 3 : Trouble (ou état) de stress post-traumatique TSPT[443]

Définition : Le trouble de stress post-traumatique résulte en une réponse aiguë à un événement traumatique récent ou plus ancien. Lorsque cette réponse persiste plus d'un mois, on parle de TSPT. Ce trouble peut atteindre le jeune aux niveaux cognitif, affectif, physiologique et comportemental.

Problèmes ou troubles pouvant être associés :

- Un ou plusieurs autres troubles anxieux;
- Troubles de l'humeur, principalement la dépression.

Comportements observables

Les troubles anxieux sont largement des troubles intériorisés. L'observation fine devient d'autant plus importante afin de les dépister et d'en suivre l'évolution.

✓ Sur le plan cognitif, le jeune peut présenter un ou quelques-uns des symptômes suivants :

- les réviviscences (flashbacks, pensées intrusives qui font revoir la situation traumatique);
- des appréhensions face à la possibilité de revivre un événement semblable à celui qui eut un effet traumatique;
- une difficulté à se concentrer sur les éléments de la réalité externe actuelle.

✓ Sur le plan affectif, le jeune peut présenter un ou quelques-uns des symptômes suivants :

- une anxiété importante qui reste présente comme s'il y avait encore un danger imminent ;
- une probable tristesse (avec perte d'intérêt pour la réalité externe);
- un possible sentiment de culpabilité, voire de honte;
- une possible apathie;
- parfois une colère envers soi ou quelqu'un d'autre lié à la situation traumatique.

✓ Sur le plan physiologique, le corps continue de réagir comme s'il y avait encore un danger. Il y a donc suractivation de certaines parties du corps, soit au niveau de la musculature squelettique (tensions), des viscères ou de certains organes. Le jeune se plaindra de douleurs, de malaises ou de fatigue.

✓ Sur le plan des symptômes, notons surtout :

- des tensions musculaires avec douleur probable (céphalée);
- de l'agitation avec possible insomnie ou cauchemars;
- une possible baisse de l'appétit;
- une fatigue croissante;
- une altération du fonctionnement d'un ou de quelques organes, avec douleur possible.

✓ Sur le plan comportemental, le jeune peut présenter un ou quelques-uns des symptômes suivants :

- apparition de comportements d'évitement (face à la situation spécifique à l'origine du trauma ou devant des situations analogues ou semblables);
- baisse d'intérêt pour la réalité externe actuelle;
- restriction du champ d'activités;
- diminution du niveau d'activités;
- risque de troubles de comportement (agressivité, consommation, isolement).

---

[443] Extrait d'un tableau tiré de D. Masse. *Guide de soutien à la pratique en santé mentale pour les jeunes de 12 à 18 ans.* CJM-IU, 2010, p. 72.

Annexe 4 : Tableaux des séquelles possibles de l'abus sexuel : nourrissons, âge préscolaire et scolaire[444]

Les nourrissons :

Développement physique	Développement cognitif/ neuropsychologique	Développement psychoaffectif	Développement social
• Lésions ou traumatismes à la bouche, aux organes génitaux, lésions infectieuses.	• Retard au plan du développement sensori-moteur. • Trouble de l'alimentation (refus de s'alimenter ou besoin insatiable de manger). • Trouble du sommeil.	• Enfant qui pleure peu ou pleure excessivement. • Apathie marquée.	• Développement de l'attachement compromis. • Évitement du regard.

Les enfants d'âge préscolaire et scolaire :

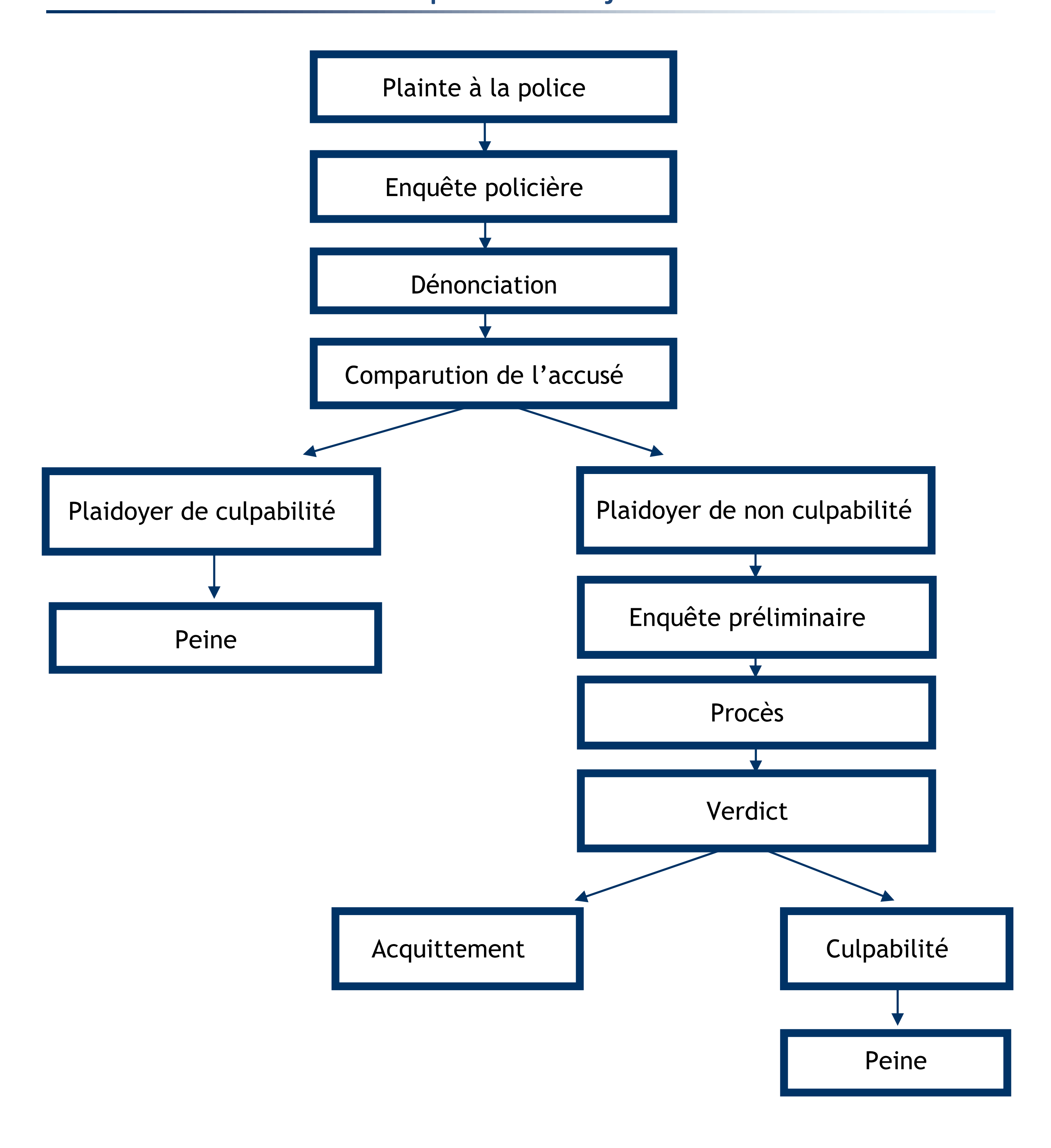
Les symptômes des enfants d'âge préscolaire et scolaire sont souvent de nature similaire. Cependant, à l'âge scolaire, les symptômes sont souvent plus apparents et dérangeants.

Développement physique	Développement cognitif/ neuropsychologique	Développement psychoaffectif	Développement social
• Lésions ou traumatismes à la bouche, aux organes génitaux, lésions infectieuses. • Hyposensibilité ou hyper-sensibilité sensorielle. • Présence d'ITS.	• Régression au niveau du développement langagier, mais moins importante que chez les enfants négligés. • Déficits dans le fonctionnement cognitif général chez les enfants négligés et abusés. • Régression dans l'apprentissage de la propreté.	• Problèmes internalisés (dépression, anxiété, peur, phobies et somatisation, etc.). • Problèmes externalisés (colère, crises, agressivité, agitation, irritabilité). • Comportements sexualisés, image de soi sexualisée. • Comportements régressifs. • Symptômes post-traumatiques. • Retrait/mutisme.	• Problèmes d'obéissance aux adultes ou attitude de soumission. • Comportements exagérés : soumission/ surconformisme ou opposition/agression. • Manque d'habiletés sociales avec les pairs (agressivité, retrait, séduction, etc.). • Rejet par les pairs.

[444] I. Iasenza. *Programme en abus physique, Volet 0-11 ans* dans S. Young et L. Durocher, 2010, *op. cit.*, p. 36-37.

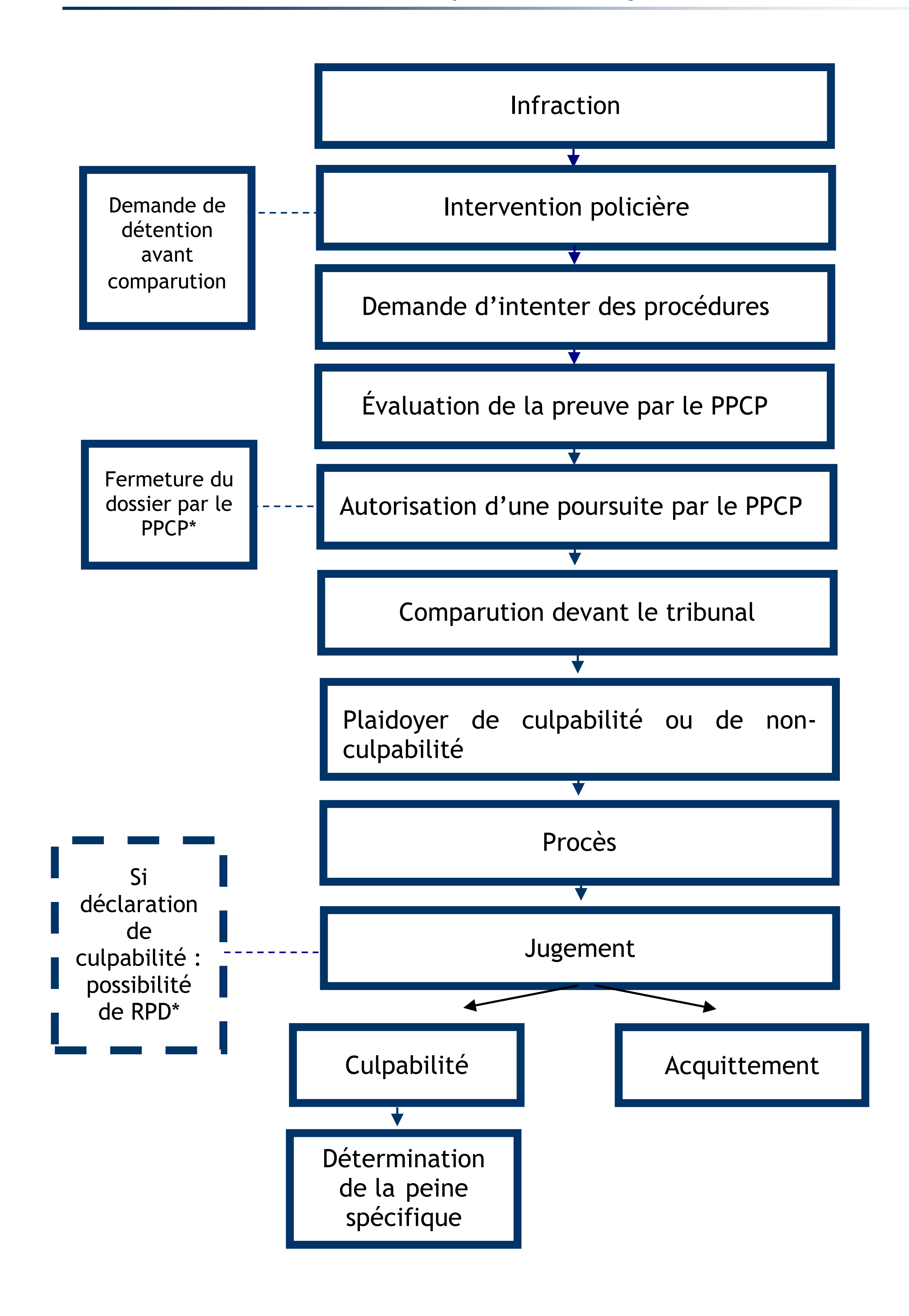
Développement physique	Développement cognitif/ neuropsychologique	Développement psychoaffectif	Développement social
• Besoin d'exciter le corps. • Blessure physique fréquente. • Apparence physique négligée ou surinvestie.	• Trouble du sommeil (cauchemars, réveils fréquents), endormissement en classe. • Non-disponibilité aux apprentissages, faible rendement académique et davantage de retards scolaires. • Distorsion cognitive.	• Difficulté dans la gestion des émotions. • Hypervigilance. • Dissociation (absences, déconnecté des émotions, écart entre le discours et les réactions observées, etc.). • Développement déficitaire de la symbolisation (capacité d'imaginer, jouer, faire semblant). • Immaturité affective. • Difficulté à se faire confiance et à faire confiance à l'autre. • Compromission au niveau du développement de l'identité. • Représentations négatives de soi, de la sexualité. • Idéation du parent abuseur ou peur et agressivité vs abuseur. • Recherche soutien du parent non abuseur ou colère à son égard. • Attitudes ou comportements de victimisation.	• Peu ou pas coopératifs. • Recherche contacts avec enfants fragiles. • Comportements à risque.

Annexe 5 : Schéma du processus judiciaire adulte[445]



[445] Tiré de Table de concertation sur les agressions à caractère sexuel de Montréal. *Guide d'information à l'intention des victimes d'agression sexuelle,* 2007, p. 50.

Annexe 6 : Schéma du processus judiciaire LSJPA



Annexe 7 : Exemples de techniques pour gérer le stress[446]

Exemple d'entretien pour enseigner une technique de respiration[447]

I : (Intervenant) Tu te souviens lorsqu'on a parlé des émotions, de ce que les émotions nous font vivre à l'intérieur, par exemple, si on a des pensées agréables, on a tendance à se sentir bien ?

A : (Adolescent) Ouais…

I : Aujourd'hui on va parler de comment la façon de respirer peut avoir un impact sur la façon de se sentir à l'intérieur. Parfois, si on pense à quelque chose de stressant, notre respiration s'accélère. Est-ce que ça t'est déjà arrivé ? Lorsque tu avais peur par exemple, dans un manège à la ronde ou quelque chose comme ça ? On se sent vraiment nerveux à l'intérieur… Alors on va regarder ensemble comment on peut utiliser une façon différente de respirer qui va aider ton corps à relaxer. Une des choses importantes à retenir, c'est que lorsque tu penses à ta respiration et à relaxer ton corps, tu ne penses plus à ce qui te stressait. Alors ce que je te propose c'est de t'asseoir confortablement sur ta chaise et de mettre ta main sur ton nombril. Je veux que tu respires vraiment lentement, tu inspires par le nez et tu expires par la bouche. Ta main sur ton nombril doit suivre ta respiration.

A : Oui…

I : Alors je veux que tu me montres comment tu respires, je compte jusqu'à trois : à un, tu inspires par le nez et à trois tu expires brusquement … c'est très bien. On recommence; un… deux… trois et go, c'est bien. Quand tu respires comme ça, ça aide ton corps à relaxer. Une grande respiration amène de l'oxygène dans ton corps et dans ton cerveau et ça t'aide à reprendre le contrôle, à te relaxer. On recommence… deux fois… Est-ce que tu vois une différence?

A : Ouais…

I : C'est quelque chose que tu peux faire n'importe où et n'importe quand lorsque tu te sens stressé. Tu as fait un bon travail avec l'exercice de la respiration. Quand tu te sentiras prêt, tu pourras même l'enseigner à tes parents…

---

[446] L'activité cognitive comportementale de gestion du stress propose également des techniques de relaxation.

[447] Traduction libre. Extrait de TF-CBT web : http://tfcbt.musc.edu/index.php, module « stress management », controlled breathing, technique, demonstrations, demonstration 4.

Exemple d'entretien pour enseigner la technique du 5-4-3-2-1[448]

I : (Intervenant) : Tu te souviens lorsqu'on a parlé des émotions, que certaines d'entre elles nous mettent de bonne humeur et que d'autres au contraire nous font nous sentir mal ? Parfois ces pensées qui nous rendent triste nous trottent dans la tête plus longtemps qu'on ne le voudrait… Aujourd'hui, on va regarder ensemble une façon de gérer ou de contrôler des pensées négatives ou stressantes qui te viennent en tête… Ça pourrait t'aider, par exemple, à te concentrer sur ce qui se passe maintenant, à mieux te concentrer en classe ou à être avec des amis sans que ce genre de pensées ne te dérange. Je vais t'expliquer l'exercice, tu pourras l'essayer et ensuite on verra ce que ça donne. D'accord?

A : (Adolescent) OK….

I : Alors voici la façon dont ça se déroulera : je vais te demander de penser à cinq choses que tu vois autour de toi, ensuite cinq choses que tu entends et finalement cinq choses que tu ressens. Ensuite, tu feras le même exercice avec 4 choses, 3 choses ,2 choses et une chose que tu vois, entends et ressens. C'est assez simple n'est-ce pas?

A : ouais, ça va…

I : Après l'exercice, on regardera comment tu te sens par la suite… Alors je veux que tu penses et que tu nommes dans ta tête, cinq choses que tu vois autour de toi… par exemple, je vois une lampe, une chaise… ce genre de chose… Quand tu as fini, tu peux me faire un signe de la tête, on continuera.

A : Il fait un signe de la tête.

I : Ensuite, je veux que tu penses à cinq choses que tu entends autour de toi par exemple, le tic-tac de l'horloge, ta respiration, etc. ça va? Tu me fais un signe de la tête quand tu y es?

A : Il fait un signe de la tête.

I : Finalement, tu vas penser à cinq choses que tu ressens physiquement, par exemple, la tension dans tes épaules, ta main sur la table, ton pied qui touche parterre, etc. Ça va?

A : Il fait un signe de la tête.

L'intervenant poursuit l'exercice pour 4,3,2,1

I : Alors ça y est?

A : C'est comme si mes idées plates se tassaient…

I : C'est un peu l'idée de l'exercice… Il peut t'aider à te concentrer sur ce qui se passe autour de toi et chasser les pensées qui te dérangent. C'est un exercice que tu peux pratiquer facilement si tu te sens envahi par des émotions dérangeantes qui t'empêchent de faire ce que tu veux. Tu peux essayer l'exercice et la prochaine fois qu'on se verra, tu m'en reparles. Ok ? Je trouve que tu as bien travaillé sur l'exercice, on en reparle ensemble quand tu l'auras essayé quelques fois ...

[448] Technique de relaxation aussi connue sous le nom de « Betty Erickson's Induction ».

Annexe 8 : Tableau synthèse des concepts d'intégration sociale[449]

	Personnel	Relationnel/ familial	Fonctionnel/ productif	Symbolique
Domaines de l'intégration sociale	• Volet psychocorporel. • Volet affectif. • Volet cognitif.	• Volet intégration familiale. • Volet intégration à des groupes d'amis. • Volet relations amoureuses. • Volet intégration à des groupes de loisirs et communautaires.	• Volet intégration à l'école. • Volet intégration à l'emploi. • Volet intégration à la vie économique.	• Volet sentiment d'utilité sociale. • Volet niveau d'identification aux normes sociales. • Volet perception de soi dans le monde.
Fonctions et conséquences positives	• Permets la construction de l'identité individuelle : ces trois volets se combinent et se modulent diversement au cours de l'existence, pour rendre possibles des réalisations dans les trois autres domaines.	• Permets à l'individu de développer une identité sociale et personnelle, des habiletés, la connaissance des autres, un sentiment d'appartenance et de sécurité. • Lui permet de se sentir aimé, apprécié et reconnu.	• Prépare l'individu à participer économiquement et intellectuellement à la société. • À être autonome sur le plan financier. • Donne une identité. • Donne une reconnaissance.	• La participation de l'individu aux idéaux et aux modèles culturels du groupe (moraux et légaux), valorisés et admis comme étant les meilleurs, contribue à l'édification de l'identité. • Le développement identitaire permet de déve-lopper un idéal de moi social qui guide les comportements et donne accès à la valorisation et la reconnaissance sociale.
Conséquences d'un mauvais fonctionnement	• Diminue les opportunités de développer de nouvelles compétences. • Renforce une image négative de soi.	• Accès à moins d'entraide et de soutien et impossibilité de négocier et d'échanger des images identitaires (diminution du sentiment d'appartenance).	• Ne permet pas à l'individu de développer un sentiment d'utilité sociale. • Limite l'accès à des réseaux sociaux et à des ressources.	• La non-adhésion au système normatif et légal peut mener à du rejet, de la stigmatisation, de la dévalorisation et de l'exclusion.

[449] Tiré de P. Keable, *op. cit.*, annexe 1.

Les quatre domaines de l'intégration sociale ne doivent pas se concevoir comme étant des entités mutuellement exclusives. Les domaines relationnel/familial, fonctionnel/productif et symbolique peuvent en ce sens être vus comme des domaines d'application et d'articulation différenciés des composantes du domaine personnel, rendant possible l'intégration sociale, l'important n'étant pas d'arriver à catégoriser définitivement et « correctement » les habiletés, mais surtout à faire un relevé relativement complet des acquisitions nécessaires à une intégration sociale optimale.

C'est autour de ces domaines que se sont articulés les différents travaux de développement, à savoir le portrait de la clientèle et les principales compétences à développer chez les jeunes.

Le domaine personnel réfère aux « matériaux de base » permettant la construction de l'identité individuelle : on y retrouve les caractéristiques psychocorporelles, affectives et cognitives se combinant et se modulant diversement au cours de l'existence, pour rendre possibles des réalisations dans les domaines relationnel/familial, fonctionnalité/productivité et symbolique.

Les indicateurs liés à ces volets se rattachent à diverses théories issues des sciences humaines, des sciences sociales et des sciences de la santé. Parmi ces indicateurs se retrouvent notamment : le niveau de développement et de maturation (physiologique, moral, affectif, social…), le niveau de santé physique et mentale, les capacités d'apprentissage, le niveau de langage, la perception et l'image de soi.

Le domaine relationnel/familial réfère à l'ensemble des liens d'attachement qui relient l'adolescent à son réseau social, au premier chef, sa famille. La qualité de ces liens est tributaire de la fonctionnalité du réseau social de soutien dont dispose l'individu et des interactions de celui-ci avec les composantes de ce réseau.

L'adolescence amène un élargissement du réseau social par rapport à l'enfance. Aux liens qu'il entretient avec les membres de ce réseau s'ajoutent également des liens plus abstraits avec la société (des gens étrangers entre eux et qui ne peuvent négocier directement l'un avec l'autre).

Dans l'intervention en centre jeunesse, on s'intéressera notamment à l'intégration de l'adolescent à sa famille, à des groupes d'amis, à des groupes de loisirs et communautaires, à l'école, au travail ainsi qu'au volet de ses relations amoureuses.

Le domaine de fonctionnalité/productivité réfère au développement de la fonctionnalité de l'adolescent dans ses différents rapports avec le scolaire, le travail et la sphère économique.

L'insertion dans la vie économique et le travail revêtent une importance particulière dans la vie d'aujourd'hui, alors que le travail est devenu un critère très important d'intégration sociale. Cet état de fait pose des défis particuliers aux adolescents, surtout s'ils sont sous-scolarisés.

Chez l'adolescent, on portera attention entre autres à la façon dont celui-ci s'inscrit dans la vie économique aujourd'hui, comment il s'y maintient et comment il s'y construit une place à long terme.

Le domaine symbolique réfère au niveau d'adhésion de l'adolescent aux normes et aux valeurs sociales ainsi qu'au respect des lois qui en découlent. Il touche également son sentiment d'utilité sociale, sa reconnaissance par les autres et sa perception de lui-même dans le monde.

Le contexte socioculturel dans lequel l'adolescent évolue lui propose des façons de penser qui contribuent à modeler son processus de développement identitaire.

L'intégration symbolique d'un adolescent se constate par la reconnaissance de la place qu'il occupe dans le système social, ainsi que par un projet personnel et social partagé lui permettant de se sentir partie prenante du présent et de se projeter dans l'avenir.

Annexe 9 : Les partenaires[450]

Clientèle jeunesse et clientèle adulte ayant vécu un abus sexuel et leurs proches

Centre d'expertise Marie-Vincent

Clientèle	Enfants victimes d'agressions sexuelles, âgés de 12 ans et moins et à leurs parents ou à leurs proches. Français/anglais.
Services offerts	Services personnalisés : ➤ Services d'évaluation des besoins des enfants, parents ou famille. ➤ Services de traitements individuels pour les enfants victimes d'agression sexuelle et leurs parents. ➤ Services personnalisés pour soutenir les parents suite au dévoilement d'une agression sexuelle de l'enfant : identification des besoins, information, soutien, intervention téléphonique, références personnalisées, accompagnement dans les démarches. Téléphone : 514 285-0505 Site Internet : www.ceasmv.ca

Indemnisation des victimes d'actes criminels (IVAC)

Clientèle	Toute personne blessée au Québec, à la suite d'un crime contre la personne, ou aux personnes à charge de la victime, si celle-ci meurt. Lors d'abus sexuel, certains services sont offerts aux proches de la victime.
Services offerts	Indemnisation pour soins médicaux, psychologiques ou matériels. ➤ Indemnisation monétaire, si lésions graves. ➤ Demande d'indemnisation possible pour les jeunes même si le délai entre l'abus sexuel (acte criminel) et le dévoilement est plus d'un an. ➤ Évaluation des besoins et suite à cette évaluation possibilité de psychothérapie jusqu'à un maximum de 52 semaines. ➤ Aide psychologique offerte à un proche désignée par la victime ou par son représentant si elle a moins de 14 ans. Le proche doit être utile à la réadaptation de la victime. Possibilité jusqu'à 15 traitements.

[450] Inspiré de S. Young S., et L. Durocher, 2010, *op.cit.,* annexe 3.

Indemnisation des victimes d'actes criminels (IVAC)

Commentaires :	➤ Pour avoir des services, la preuve de l'existence d'un acte criminel doit être prépondérante et non hors de tout doute raisonnable. La preuve est généralement confirmée par des documents (rapports policiers, jugements des tribunaux, entente volontaire, etc.) qui démontrent la vraisemblance de l'agression. ➤ La demande à l'IVAC peut être acceptée même si l'agresseur est acquitté, inconnu ou si la victime n'a pas porté plainte. L'intervenant responsable du dossier doit faire un rapport, sur papier à en-tête du CJM-IU, décrivant de façon détaillée les réactions de l'enfant suite à l'événement (peurs, cauchemars, insécurité, repliement sur soi, etc.). Un rapport d'une page est suffisant. Lundi au vendredi 8h30 à 16h30 Téléphone : 514 906-3019 Site Internet : www.ivac.qc.ca

Centre d'aide et de lutte contre les agressions à caractère sexuel (CALACS)

Trêve pour elles (Montréal-Est de l'île)	
Clientèle	Adolescentes de 14 à 17 ans et femmes. Français.
Services offerts	➤ Écoute téléphonique. ➤ Rencontre d'évaluation. ➤ Rencontres individuelles hebdomadaires pour les adolescentes de 14 ans à 17 ans. Maximum 15 semaines. ➤ Groupe de soutien offert hebdomadairement aux femmes de 18 ans et plus. ➤ Accompagnement au système judiciaire. ➤ Service de référence. ➤ Ateliers thématiques offerts aux femmes de 18 ans et plus. ➤ Activités de sensibilisation et de lutte. ➤ Formation et encadrement. Gratuit. Téléphone : 514 251-0323 Site Internet : www.trevepourelles.org

CALACS de l'Ouest de l'île (Montréal-Ouest de l'île)	
Clientèle	**Adolescentes de 14 ans et plus et femmes. Français/anglais.**
Services offerts	➤ **Aide individuelle.** ➤ **Atelier thématique (reconstruire l'estime personnelle, expression des émotions).** **Gratuit.** **Lundi au vendredi 9h00 à 17h00** **Téléphone : 514 620-4333** **Site Internet : www.calacsdelouest.ca**

Mouvement contre le viol et l'inceste (Montréal-Centre)	
Clientèle	**Adolescentes de 14 ans et plus et femmes survivantes de viol et d'inceste, mères d'enfants victimes d'agression sexuelle, femmes en processus d'immigration dont les démarches découlent d'une agression sexuelle dans leur pays d'origine.** **Français/anglais/espagnol.**
Services offerts	➤ **Consultation individuelle : Intervention en situation de crise et suivi (à court et moyen terme).** ➤ **Groupe de soutien hebdomadaire (15 rencontres).** ➤ **Counseling individuel et accompagnement pour femmes réfugiées et femmes immigrantes.** ➤ **Café rencontre.** ➤ **Aide et orientation dans les démarches juridiques.** **Gratuit.** **Lundi au vendredi 9h30 à 16h30** **Téléphone : 514 278-9383** **Site Internet : www.contreleviol.wordpress.com ou www.arrondissement.com/montreal/mouvementcontreleviole tlinceste**

Centre d'aide aux victimes d'actes criminels (CAVAC)

Clientèle	Victimes et leurs proches ou témoin d'un crime commis au Québec. Français/anglais.
Services offerts	➤ L'intervention post-traumatique et « psychosociojudiciaire ». ➤ L'information sur les droits et recours. ➤ L'assistance technique pour remplir les formulaires et respecter les formalités. ➤ Service d'accompagnement lors de démarches auprès d'organismes privés et publics ainsi qu'à la Cour. ➤ Services d'orientation vers les ressources médicales, juridiques et communautaires appropriées. Téléphone : 1 866 532-2822 Site Internet : www.cavac.qc.ca
Commentaires	Pour bénéficier de l'aide des CAVAC, il n'est pas nécessaire que le crime ait été dénoncé aux autorités ni que le criminel ait été arrêté, jugé et condamné.

Centre de prévention des agressions sexuelles de Montréal

Clientèle	Enfants, adolescentes, femmes avec limitations fonctionnelles ou ayant une déficience intellectuelle. Français/anglais.
Services offerts	➤ Ateliers de prévention. Lundi au jeudi : 9h30 à 16h30 Téléphone : 514 284-1212 Site Internet : www.capmapc.org

Le Bouclier d'Athéna

Clientèle	Multilingue (arabe, arménien, bengali, créole, espagnol, farsi italien, mandarin, etc.)
Services offerts	Info-lignes multilingues sur la violence sexuelle et les ressources. Téléphone : 514 270-2900 (Montréal) 450 668-2117 (Laval) Site Internet : www.shieldofathena.com

Centre de prévention et d'intervention pour les victimes d'agression sexuelle (CPIVAS) Laval

Clientèle	Femmes, hommes, filles de 14 ans et plus (groupe de soutien)
Services offerts	➤ Aide téléphonique, 5 jours/semaine, de 9h00 à 17h00. ➤ Aide individuelle. Suivi environ 15 rencontres. Possibilité de prolongation après évaluation. ➤ Groupes de soutien : pour femmes ayant vécu l'inceste, pour femmes ayant subi une agression sexuelle. ➤ Groupes d'entraide pour parents non abuseurs. ➤ Groupe pour filles (14 ans et plus) ayant subi une agression sexuelle. ➤ Atelier d'autodéfense pour femmes. ➤ Atelier de sexualité pour femmes. ➤ Programme de prévention dans les écoles et dans les organismes jeunesse. ➤ Conférences. ➤ Formation. Téléphone : 450 669-9053 Télécopieur : 450 669-1658 Adresse postale : C.P. 27543, franchise Pont-Viau, Laval (Québec) H7G 4Y2 Site Internet : www.cpivas.com

Centre pour les victimes d'agression sexuelle de Montréal. Centres désignés pour l'intervention médicosociale.

Centre hospitalier Sainte-Justine, CHUM	
Clientèle	Enfants, adolescents. Français.
Services offerts	Clinique et urgence : ➤ Urgence 24h par jour, 7 jours par semaine. Téléphone : 514 345-4721 (clinique adolescents) 514 345-4866 (clinique enfants) 514 345-4611 (urgence)
Hôpital de Montréal pour enfants, CUSM	
Clientèle	Enfants, adolescents. Anglais.
Services offerts	Clinique et urgence : ➤ Urgence 24h par jour, 7 jours par semaine. Téléphone : 514 412-4499 (urgence) 514 412-4481 (clinique)

CSSS de la Montagne (Côte-des-Neiges, Métro et Parc-Extension)	
Clientèle	Femmes, hommes, 18 ans et plus. Français/anglais.
Services offerts	Soins médicaux et suivi psychosocial : ➤ Lundi au vendredi, 8h00 à 17h00. Téléphone : 514 934-0354
Hôpital Hôtel-Dieu de Montréal, CHUM	
Clientèle	Femmes, hommes, 18 ans et plus. Français.
Services offerts	Intervention de crise, suivi médical et suivi psychosocial : ➤ 24h par jour, 7 jours par semaine. Téléphone : 514 890-8100 (Demander l'intervenant de garde en agression sexuelle)
Hôpital Général de Montréal	
Clientèle	Femmes, hommes, 18 ans et plus. Anglais.
Services offerts	Salle d'urgence, soins médicaux, suivi psychosocial : ➤ Lundi au vendredi, 17h00 à 8h00, et urgence : 24h/7 durant fin de semaine et jours fériés. Téléphone : 514 934-8090

Parents-Unis Repentigny (secteur de Lanaudière)

Clientèle	➤ Enfants et adolescents victimes d'abus sexuel. ➤ Parents d'enfants ou d'adolescents abusés sexuellement. ➤ Adolescent ayant commis une infraction sexuelle. ➤ Parents d'adolescent ayant commis une infraction sexuelle. ➤ Adultes ayant agressé sexuellement un mineur. ➤ Conjoint d'adulte ayant agressé sexuellement un mineur.
Services offerts	➤ Accueil téléphonique. ➤ Entrevue d'évaluation. ➤ Plan de traitement : Suivi individuel, dyadique ou de groupe selon les besoins définis. Le suivi en groupe est la formule généralement proposée. Frais : Pour ceux qui habitent la région de Lanaudière : ➤ L'entrevue d'accueil est gratuite pour tous. ➤ Les services offerts aux enfants, adolescents et leurs parents sont gratuits. ➤ Les services offerts à ceux qui ont agressé sexuellement un mineur font l'objet de frais déterminés après la rencontre d'accueil.

Parents-Unis Repentigny (secteur de Lanaudière)

Services offerts	Pour ceux qui habitent à l'extérieur de la région de Lanaudière : ➤ Une contribution financière pour les services reçus est demandée et déterminée après la rencontre d'accueil. Lundi au jeudi de 8h30 à 16h30 Téléphone : 450 755-6755 ou 1 800 229-1152, poste 2923 Site Internet : www.parentsunisrepentigny.qc.ca

Centre d'entraide et de traitement en abus sexuels (C.E.T.A.S.) (dessert principalement les Laurentides, mais accepte des clients hors territoire)

Clientèle	Garçons, filles, jeunes ou adultes. ➤ Adolescents (es) ou adultes ayant vécu un abus sexuel dans l'enfance ou l'adolescence. ➤ Les parents des victimes. ➤ Aux conjointes de parents ayant commis un abus sexuel. ➤ Adolescents et adultes ayant commis un abus sexuel.
Services offerts	Processus thérapeutique selon les besoins. Lundi au jeudi : 9h00 à 16h30 et vendredi de 9h00 à 12h00 Téléphone : 450 431-6400 ➤ Ligne téléphonique 24h par jour, 7 jours par semaine. Partout au Québec : 1 888-933-9007 Région de Montréal : 514 933-9007 Courriel : www.CETAS@b2b2c

Clientèle adulte ayant vécu un abus sexuel et leurs proches

Centre pour les victimes d'agression sexuelle de Montréal

Clientèle	Victimes adultes d'agression sexuelle, d'abus sexuel et d'inceste récents ou passés. Français/anglais.
Services offerts	➤ Service d'écoute pour toutes problématiques récentes ou passées : ➤ 24h par jour, 7 jours par semaine. ➤ Services médicaux en partenariat avec l'hôpital Général de Montréal. ➤ Services professionnels de psychothérapie individuelle. ➤ Informations concernant les procédures policières et judiciaires. Gratuit. Téléphone : 514 934-0354 514 934-4504 (ligne téléphonique d'urgence) Courriel : cvasm@videotron.ca

Centre de ressources et d'intervention pour hommes abusés sexuellement dans leur enfance (CRIPHASE)

Clientèle	Hommes âgés de 18 ans et plus ayant vécu l'abus sexuel dans l'enfance. Français/anglais.
Services offerts	➤ Groupe de soutien (exemples de thèmes : expérience de victimisation, processus de deuil, sexualité et intimité, etc.). ➤ Groupe de soutien incluant les proches des victimes, sur différents thèmes liés à la sexualité, sur l'expression des émotions. ➤ Soutien individuel. Frais symbolique. Lundi au vendredi de 9h00 à 17h00 Téléphone : 514 529-5567 Courriel : info@criphase.org Site Internet : www.criphase.org

Clientèle jeunesse et clientèle adulte ayant une fantasmatique ou des comportements sexuels déviants ou inadéquats et leurs proches

Centre d'intervention en délinquance sexuelle (CIDS)

Clientèle jeunesse	➤ Adolescents(es) sous la responsabilité ou non des services sociaux qui présentent des comportements sexuels délinquants. ➤ Adolescents(es) aux prises avec une fantasmatique sexuelle déviante et qui ne sont pas passés à l'acte. ➤ Famille/proches d'adolescents(es) qui sont aux prises avec un problème d'abus sexuel ou des comportements sexuels inadéquats. Français/anglais ➤ Critères d'exclusion: déficience intellectuelle, troubles de santé mentale sévères et persistants, comportements agressifs ou inadéquats envers le personnel du CIDS ou les autres clients.
Services offerts	Aide thérapeutique : ➤ Collecte de données (3h00, en une ou plusieurs rencontres). ➤ Démarche thérapeutique individuelle ou en groupe (25 à 30 rencontres). ➤ Expertise sexologique pour le Tribunal de la jeunesse. Téléphone : 450 967-3941. Pour expertises sexologiques : 450 967-7023 Site internet : www.cidsllaval.com
Clientèle adulte	Femmes, hommes. Français/anglais. ➤ Adultes, qu'ils soient ou non sous la responsabilité des services correctionnels québécois. ➤ Adultes qui présentent des comportements sexuels délinquants. ➤ Adultes aux prises avec une fantasmatique sexuelle déviante et qui ne sont pas passés à l'acte. ➤ Conjoints/proches d'adultes qui sont aux prises avec une problématique de pédophilie ou d'abus sexuel.

Centre d'intervention en délinquance sexuelle (CIDS)

Services offerts	Aide thérapeutique : ➤ Collecte de données (3h00, en une ou plusieurs rencontres). ➤ Programme de sensibilisation à la délinquance sexuelle (13 semaines, rencontres de 2h00 en groupe). ➤ Traitement de groupe standard (30 semaines, 3h00 par rencontre). ➤ Traitement individuel, au besoin (20 à 30 semaines, 1h00 par rencontre.) ➤ Critères d'exclusion: déficience intellectuelle, troubles de santé mentale sévères et persistants, comportements agressifs ou inadéquats envers le personnel du CIDS ou les autres clients. Téléphone : 450 967-3941 Site internet : www.cidsllaval.com

Centre de psychiatrie légale de Montréal (CPLM)

Clientèle adolescente	Adolescents(es) entre 12 et 18 ans. ➤ Adolescents aux prises avec une problématique de déviance sexuelle (abus sexuel ou autres paraphilies). Il doit présenter une reconnaissance minimale des actes sexuels qui lui sont reprochés.
Services offerts	Services offerts en externe : ➤ Évaluation: diagnostic et recommandations. ➤ Traitement: thérapie de groupe, thérapie individuelle, intervention familiale, pharmacothérapie. ➤ Consultation clinique auprès des intervenants. ➤ Formation. ➤ Enseignement, recherche. Lundi au jeudi : 8h30 à 16h30 et vendredi : 8h00 à 16h00. Responsable de la clinique, Dr Robert Quenneville : Téléphone : 514 328-7800 Demandes de service peuvent être soumises : Geneviève Martel : Téléphone : 514 328-7800, poste 223
Clientèle adulte	Femmes, hommes ayant commis un abus sexuel ou présentant une fantasmatique sexuelle déviante. L'adulte doit présenter une reconnaissance minimale des actes sexuels qui lui sont reprochés. S'il y a des accusations devant la cour criminelle, le verdict de culpabilité doit avoir été enregistré. Le traitement débute une fois la sentence rendue.

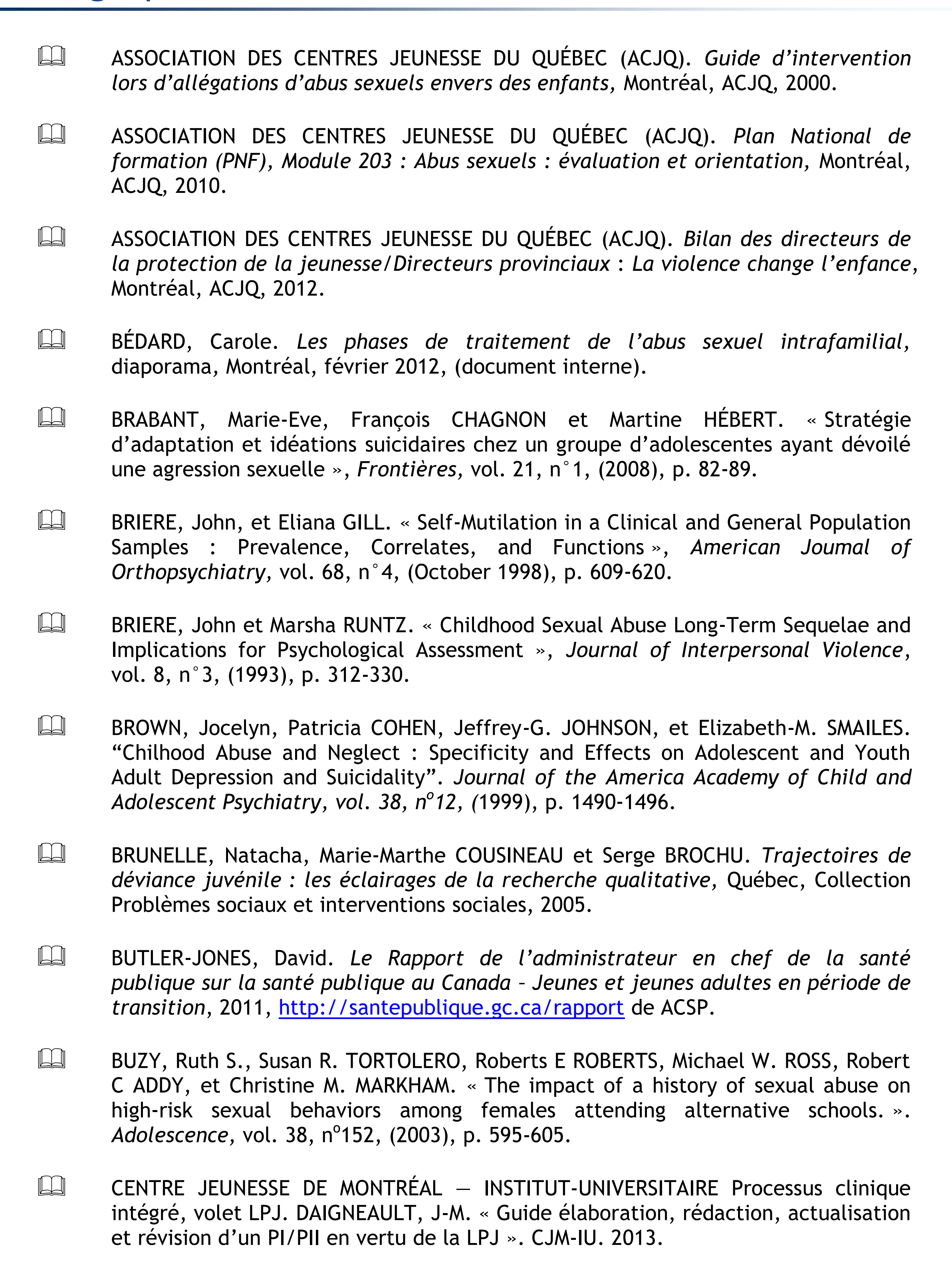
Centre de psychiatrie légale de Montréal (CPLM)

Services offerts	Approche de groupe ou individuelle. ➤ Évaluation : diagnostic et recommandations. ➤ Services de consultation. ➤ Traitement : habiletés sociales, éducation sexuelle, traitement pharmacologique. ➤ Entrevue de couple ou familiale. ➤ Prévention de la rechute. Téléphone : 514 328-7800 Virginie Sylvain : poste 247 Nicole Perron : poste 230 Site Internet : www.pinel.qc.ca/nous joindre/CPLM

Groupe Amorce

Clientèle	Groupe d'évaluation, d'entraide et d'intervention pour hommes aux prises avec une problématique de pédophilie, d'inceste ou de tout autre comportement sexuel déviant envers les personnes d'âge mineur. ➤ Adultes référés par des organismes sociaux (DPJ, organismes communautaires, CSSS, avocats, autres professionnels). ➤ Adultes sous la responsabilité des services correctionnels du Québec. ➤ Adultes qui se présentent d'eux-mêmes pour avoir des services volontaires.
Services offerts	➤ Entrevues d'évaluation. ➤ Groupe d'entraide qui diminue le sentiment de solitude et offre un lieu de discussion autour de sujets généralement gardés secrets. ➤ Groupe thématique : • 1er volet : soutien pour amener le participant à admettre sa responsabilité du délit sexuel et à identifier ses objectifs de traitement. • 2e volet : le sujet de la délinquance sexuelle est abordé à travers quatre thématiques : la sexualité, l'empathie, les facteurs à l'origine de l'abus, la paternité et la masculinité. ➤ Évaluations sexologiques. Téléphone : 514 355-8064 Site Internet : www.groupeamorce.com

Bibliographie



ASSOCIATION DES CENTRES JEUNESSE DU QUÉBEC (ACJQ). *Guide d'intervention lors d'allégations d'abus sexuels envers des enfants,* Montréal, ACJQ, 2000.

ASSOCIATION DES CENTRES JEUNESSE DU QUÉBEC (ACJQ). *Plan National de formation (PNF), Module 203 : Abus sexuels : évaluation et orientation,* Montréal, ACJQ, 2010.

ASSOCIATION DES CENTRES JEUNESSE DU QUÉBEC (ACJQ). *Bilan des directeurs de la protection de la jeunesse/Directeurs provinciaux* : *La violence change l'enfance*, Montréal, ACJQ, 2012.

BÉDARD, Carole. *Les phases de traitement de l'abus sexuel intrafamilial,* diaporama, Montréal, février 2012, (document interne).

BRABANT, Marie-Eve, François CHAGNON et Martine HÉBERT. « Stratégie d'adaptation et idéations suicidaires chez un groupe d'adolescentes ayant dévoilé une agression sexuelle », *Frontières,* vol. 21, n°1, (2008), p. 82-89.

BRIERE, John, et Eliana GILL. « Self-Mutilation in a Clinical and General Population Samples : Prevalence, Correlates, and Functions », *American Joumal of Orthopsychiatry,* vol. 68, n°4, (October 1998), p. 609-620.

BRIERE, John et Marsha RUNTZ. « Childhood Sexual Abuse Long-Term Sequelae and Implications for Psychological Assessment », *Journal of Interpersonal Violence*, vol. 8, n°3, (1993), p. 312-330.

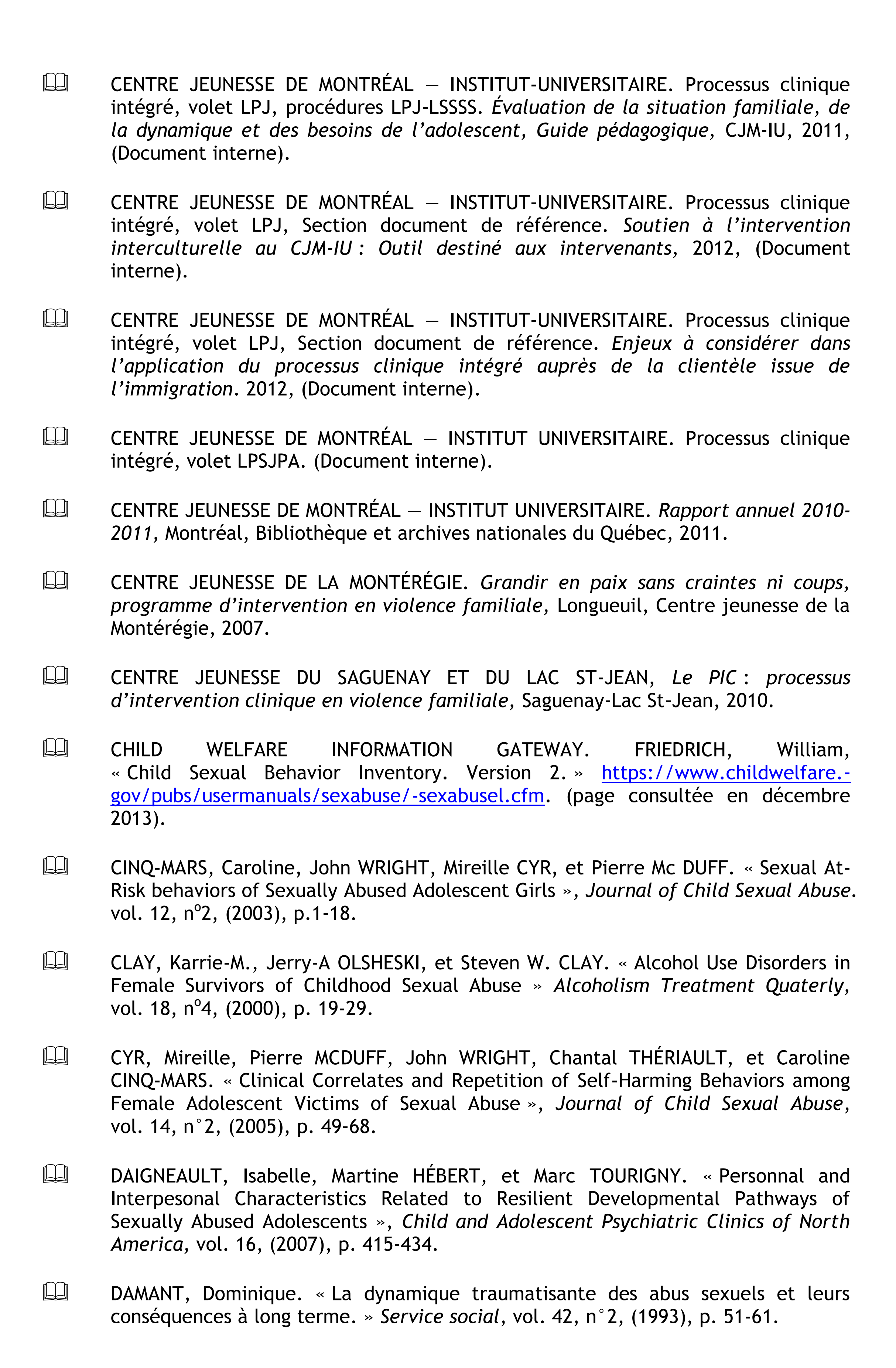
BROWN, Jocelyn, Patricia COHEN, Jeffrey-G. JOHNSON, et Elizabeth-M. SMAILES. "Chilhood Abuse and Neglect : Specificity and Effects on Adolescent and Youth Adult Depression and Suicidality". *Journal of the America Academy of Child and Adolescent Psychiatry, vol. 38, n°12, (*1999), p. 1490-1496.

BRUNELLE, Natacha, Marie-Marthe COUSINEAU et Serge BROCHU. *Trajectoires de déviance juvénile : les éclairages de la recherche qualitative,* Québec, Collection Problèmes sociaux et interventions sociales, 2005.

BUTLER-JONES, David. *Le Rapport de l'administrateur en chef de la santé publique sur la santé publique au Canada – Jeunes et jeunes adultes en période de transition*, 2011, http://santepublique.gc.ca/rapport de ACSP.

BUZY, Ruth S., Susan R. TORTOLERO, Roberts E ROBERTS, Michael W. ROSS, Robert C ADDY, et Christine M. MARKHAM. « The impact of a history of sexual abuse on high-risk sexual behaviors among females attending alternative schools. ». *Adolescence,* vol. 38, n°152, (2003), p. 595-605.

CENTRE JEUNESSE DE MONTRÉAL — INSTITUT-UNIVERSITAIRE Processus clinique intégré, volet LPJ. DAIGNEAULT, J-M. « Guide élaboration, rédaction, actualisation et révision d'un PI/PII en vertu de la LPJ ». CJM-IU. 2013.



CENTRE JEUNESSE DE MONTRÉAL – INSTITUT-UNIVERSITAIRE. Processus clinique intégré, volet LPJ, procédures LPJ-LSSSS. *Évaluation de la situation familiale, de la dynamique et des besoins de l'adolescent, Guide pédagogique,* CJM-IU, 2011, (Document interne).

CENTRE JEUNESSE DE MONTRÉAL – INSTITUT-UNIVERSITAIRE. Processus clinique intégré, volet LPJ, Section document de référence. *Soutien à l'intervention interculturelle au CJM-IU : Outil destiné aux intervenants,* 2012, (Document interne).

CENTRE JEUNESSE DE MONTRÉAL – INSTITUT-UNIVERSITAIRE. Processus clinique intégré, volet LPJ, Section document de référence. *Enjeux à considérer dans l'application du processus clinique intégré auprès de la clientèle issue de l'immigration*. 2012, (Document interne).

CENTRE JEUNESSE DE MONTRÉAL – INSTITUT UNIVERSITAIRE. Processus clinique intégré, volet LPSJPA. (Document interne).

CENTRE JEUNESSE DE MONTRÉAL – INSTITUT UNIVERSITAIRE. *Rapport annuel 2010-2011,* Montréal, Bibliothèque et archives nationales du Québec, 2011.

CENTRE JEUNESSE DE LA MONTÉRÉGIE. *Grandir en paix sans craintes ni coups, programme d'intervention en violence familiale,* Longueuil, Centre jeunesse de la Montérégie, 2007.

CENTRE JEUNESSE DU SAGUENAY ET DU LAC ST-JEAN, *Le PIC : processus d'intervention clinique en violence familiale,* Saguenay-Lac St-Jean, 2010.

CHILD WELFARE INFORMATION GATEWAY. FRIEDRICH, William, « Child Sexual Behavior Inventory. Version 2. » https://www.childwelfare.-gov/pubs/usermanuals/sexabuse/-sexabusel.cfm. (page consultée en décembre 2013).

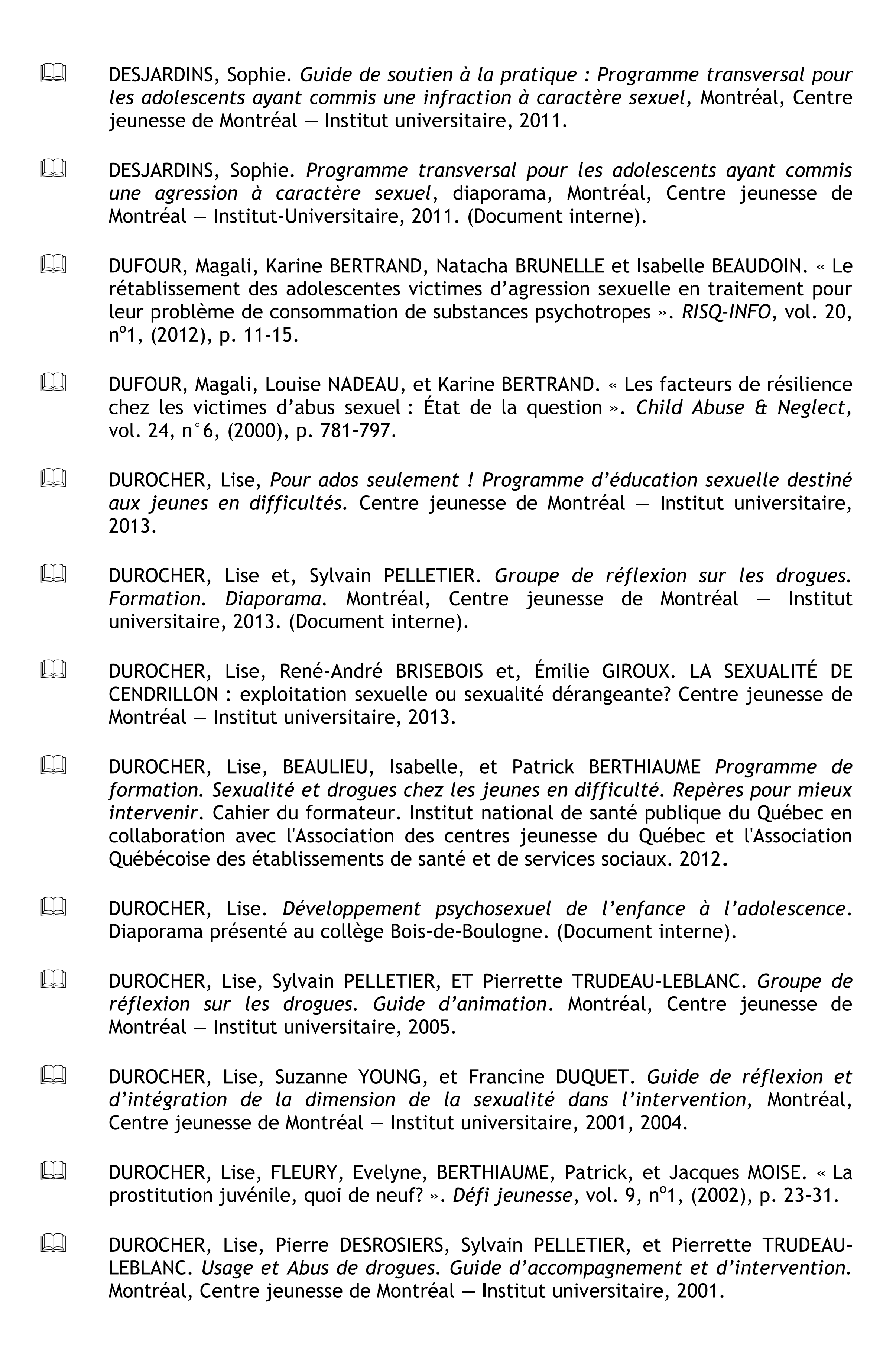
CINQ-MARS, Caroline, John WRIGHT, Mireille CYR, et Pierre Mc DUFF. « Sexual At-Risk behaviors of Sexually Abused Adolescent Girls », *Journal of Child Sexual Abuse*. vol. 12, n°2, (2003), p.1-18.

CLAY, Karrie-M., Jerry-A OLSHESKI, et Steven W. CLAY. « Alcohol Use Disorders in Female Survivors of Childhood Sexual Abuse » *Alcoholism Treatment Quaterly,* vol. 18, n°4, (2000), p. 19-29.

CYR, Mireille, Pierre MCDUFF, John WRIGHT, Chantal THÉRIAULT, et Caroline CINQ-MARS. « Clinical Correlates and Repetition of Self-Harming Behaviors among Female Adolescent Victims of Sexual Abuse », *Journal of Child Sexual Abuse*, vol. 14, n°2, (2005), p. 49-68.

DAIGNEAULT, Isabelle, Martine HÉBERT, et Marc TOURIGNY. « Personnal and Interpesonal Characteristics Related to Resilient Developmental Pathways of Sexually Abused Adolescents », *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America,* vol. 16, (2007), p. 415-434.

DAMANT, Dominique. « La dynamique traumatisante des abus sexuels et leurs conséquences à long terme. » *Service social*, vol. 42, n°2, (1993), p. 51-61.



DESJARDINS, Sophie. *Guide de soutien à la pratique : Programme transversal pour les adolescents ayant commis une infraction à caractère sexuel,* Montréal, Centre jeunesse de Montréal — Institut universitaire, 2011.

DESJARDINS, Sophie. *Programme transversal pour les adolescents ayant commis une agression à caractère sexuel*, diaporama, Montréal, Centre jeunesse de Montréal — Institut-Universitaire, 2011. (Document interne).

DUFOUR, Magali, Karine BERTRAND, Natacha BRUNELLE et Isabelle BEAUDOIN. « Le rétablissement des adolescentes victimes d'agression sexuelle en traitement pour leur problème de consommation de substances psychotropes ». *RISQ-INFO*, vol. 20, nº1, (2012), p. 11-15.

DUFOUR, Magali, Louise NADEAU, et Karine BERTRAND. « Les facteurs de résilience chez les victimes d'abus sexuel : État de la question ». *Child Abuse & Neglect,* vol. 24, n°6, (2000), p. 781-797.

DUROCHER, Lise, *Pour ados seulement ! Programme d'éducation sexuelle destiné aux jeunes en difficultés*. Centre jeunesse de Montréal — Institut universitaire, 2013.

DUROCHER, Lise et, Sylvain PELLETIER. *Groupe de réflexion sur les drogues. Formation. Diaporama*. Montréal, Centre jeunesse de Montréal — Institut universitaire, 2013. (Document interne).

DUROCHER, Lise, René-André BRISEBOIS et, Émilie GIROUX. LA SEXUALITÉ DE CENDRILLON : exploitation sexuelle ou sexualité dérangeante? Centre jeunesse de Montréal — Institut universitaire, 2013.

DUROCHER, Lise, BEAULIEU, Isabelle, et Patrick BERTHIAUME *Programme de formation. Sexualité et drogues chez les jeunes en difficulté. Repères pour mieux intervenir*. Cahier du formateur. Institut national de santé publique du Québec en collaboration avec l'Association des centres jeunesse du Québec et l'Association Québécoise des établissements de santé et de services sociaux. 2012.

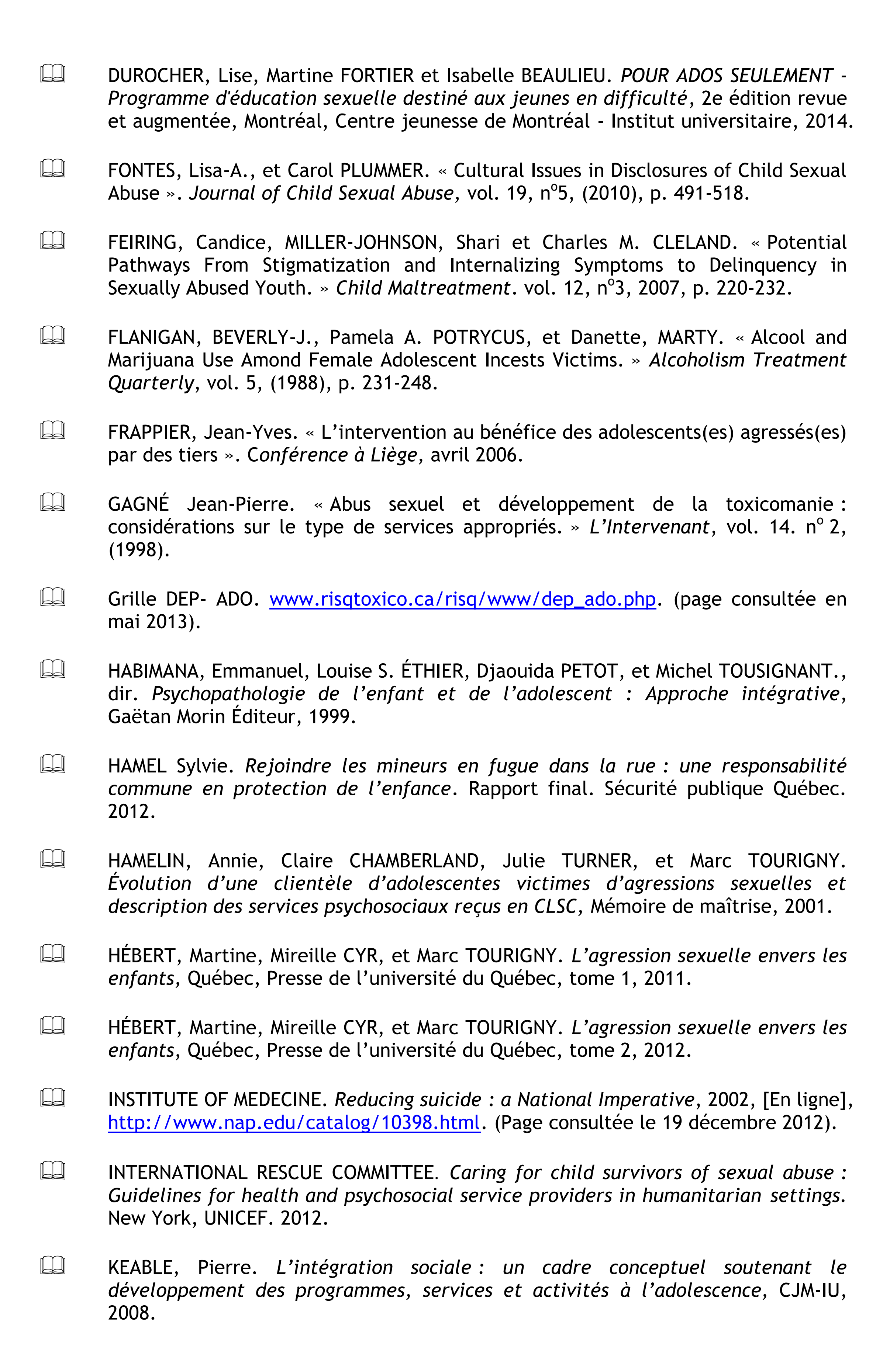
DUROCHER, Lise. *Développement psychosexuel de l'enfance à l'adolescence*. Diaporama présenté au collège Bois-de-Boulogne. (Document interne).

DUROCHER, Lise, Sylvain PELLETIER, ET Pierrette TRUDEAU-LEBLANC. *Groupe de réflexion sur les drogues. Guide d'animation*. Montréal, Centre jeunesse de Montréal — Institut universitaire, 2005.

DUROCHER, Lise, Suzanne YOUNG, et Francine DUQUET. *Guide de réflexion et d'intégration de la dimension de la sexualité dans l'intervention,* Montréal, Centre jeunesse de Montréal — Institut universitaire, 2001, 2004.

DUROCHER, Lise, FLEURY, Evelyne, BERTHIAUME, Patrick, et Jacques MOISE. « La prostitution juvénile, quoi de neuf? ». *Défi jeunesse*, vol. 9, nº1, (2002), p. 23-31.

DUROCHER, Lise, Pierre DESROSIERS, Sylvain PELLETIER, et Pierrette TRUDEAU-LEBLANC. *Usage et Abus de drogues. Guide d'accompagnement et d'intervention.* Montréal, Centre jeunesse de Montréal — Institut universitaire, 2001.



DUROCHER, Lise, Martine FORTIER et Isabelle BEAULIEU. *POUR ADOS SEULEMENT - Programme d'éducation sexuelle destiné aux jeunes en difficulté*, 2e édition revue et augmentée, Montréal, Centre jeunesse de Montréal - Institut universitaire, 2014.

FONTES, Lisa-A., et Carol PLUMMER. « Cultural Issues in Disclosures of Child Sexual Abuse ». *Journal of Child Sexual Abuse,* vol. 19, n°5, (2010), p. 491-518.

FEIRING, Candice, MILLER-JOHNSON, Shari et Charles M. CLELAND. « Potential Pathways From Stigmatization and Internalizing Symptoms to Delinquency in Sexually Abused Youth. » *Child Maltreatment*. vol. 12, n°3, 2007, p. 220-232.

FLANIGAN, BEVERLY-J., Pamela A. POTRYCUS, et Danette, MARTY. « Alcool and Marijuana Use Amond Female Adolescent Incests Victims. » *Alcoholism Treatment Quarterly*, vol. 5, (1988), p. 231-248.

FRAPPIER, Jean-Yves. « L'intervention au bénéfice des adolescents(es) agressés(es) par des tiers ». *Conférence à Liège,* avril 2006.

GAGNÉ Jean-Pierre. « Abus sexuel et développement de la toxicomanie : considérations sur le type de services appropriés. » *L'Intervenant*, vol. 14. n° 2, (1998).

Grille DEP- ADO. www.risqtoxico.ca/risq/www/dep_ado.php. (page consultée en mai 2013).

HABIMANA, Emmanuel, Louise S. ÉTHIER, Djaouida PETOT, et Michel TOUSIGNANT., dir. *Psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent : Approche intégrative*, Gaëtan Morin Éditeur, 1999.

HAMEL Sylvie. *Rejoindre les mineurs en fugue dans la rue : une responsabilité commune en protection de l'enfance*. Rapport final. Sécurité publique Québec. 2012.

HAMELIN, Annie, Claire CHAMBERLAND, Julie TURNER, et Marc TOURIGNY. *Évolution d'une clientèle d'adolescentes victimes d'agressions sexuelles et description des services psychosociaux reçus en CLSC,* Mémoire de maîtrise, 2001.

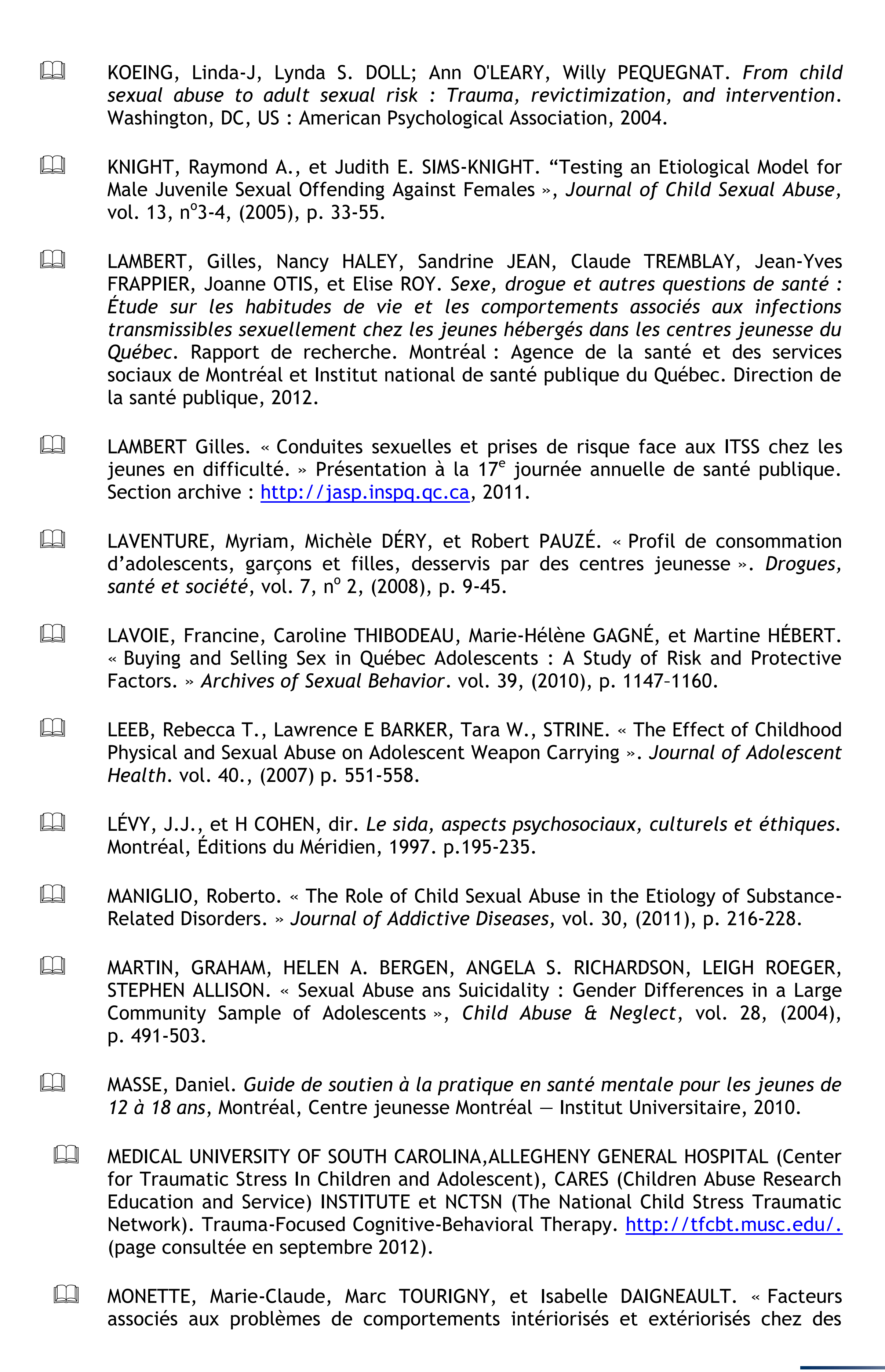
HÉBERT, Martine, Mireille CYR, et Marc TOURIGNY. *L'agression sexuelle envers les enfants,* Québec, Presse de l'université du Québec, tome 1, 2011.

HÉBERT, Martine, Mireille CYR, et Marc TOURIGNY. *L'agression sexuelle envers les enfants*, Québec, Presse de l'université du Québec, tome 2, 2012.

INSTITUTE OF MEDECINE. *Reducing suicide : a National Imperative*, 2002, [En ligne], http://www.nap.edu/catalog/10398.html. (Page consultée le 19 décembre 2012).

INTERNATIONAL RESCUE COMMITTEE. *Caring for child survivors of sexual abuse : Guidelines for health and psychosocial service providers in humanitarian settings*. New York, UNICEF. 2012.

KEABLE, Pierre. *L'intégration sociale : un cadre conceptuel soutenant le développement des programmes, services et activités à l'adolescence,* CJM-IU, 2008.



KOEING, Linda-J, Lynda S. DOLL; Ann O'LEARY, Willy PEQUEGNAT. *From child sexual abuse to adult sexual risk : Trauma, revictimization, and intervention*. Washington, DC, US : American Psychological Association, 2004.

KNIGHT, Raymond A., et Judith E. SIMS-KNIGHT. “Testing an Etiological Model for Male Juvenile Sexual Offending Against Females », *Journal of Child Sexual Abuse*, vol. 13, n°3-4, (2005), p. 33-55.

LAMBERT, Gilles, Nancy HALEY, Sandrine JEAN, Claude TREMBLAY, Jean-Yves FRAPPIER, Joanne OTIS, et Elise ROY. *Sexe, drogue et autres questions de santé : Étude sur les habitudes de vie et les comportements associés aux infections transmissibles sexuellement chez les jeunes hébergés dans les centres jeunesse du Québec*. Rapport de recherche. Montréal : Agence de la santé et des services sociaux de Montréal et Institut national de santé publique du Québec. Direction de la santé publique, 2012.

LAMBERT Gilles. « Conduites sexuelles et prises de risque face aux ITSS chez les jeunes en difficulté. » Présentation à la 17e journée annuelle de santé publique. Section archive : http://jasp.inspq.qc.ca, 2011.

LAVENTURE, Myriam, Michèle DÉRY, et Robert PAUZÉ. « Profil de consommation d’adolescents, garçons et filles, desservis par des centres jeunesse ». *Drogues, santé et société*, vol. 7, n° 2, (2008), p. 9-45.

LAVOIE, Francine, Caroline THIBODEAU, Marie-Hélène GAGNÉ, et Martine HÉBERT. « Buying and Selling Sex in Québec Adolescents : A Study of Risk and Protective Factors. » *Archives of Sexual Behavior*. vol. 39, (2010), p. 1147–1160.

LEEB, Rebecca T., Lawrence E BARKER, Tara W., STRINE. « The Effect of Childhood Physical and Sexual Abuse on Adolescent Weapon Carrying ». *Journal of Adolescent Health*. vol. 40., (2007) p. 551-558.

LÉVY, J.J., et H COHEN, dir. *Le sida, aspects psychosociaux, culturels et éthiques*. Montréal, Éditions du Méridien, 1997. p.195-235.

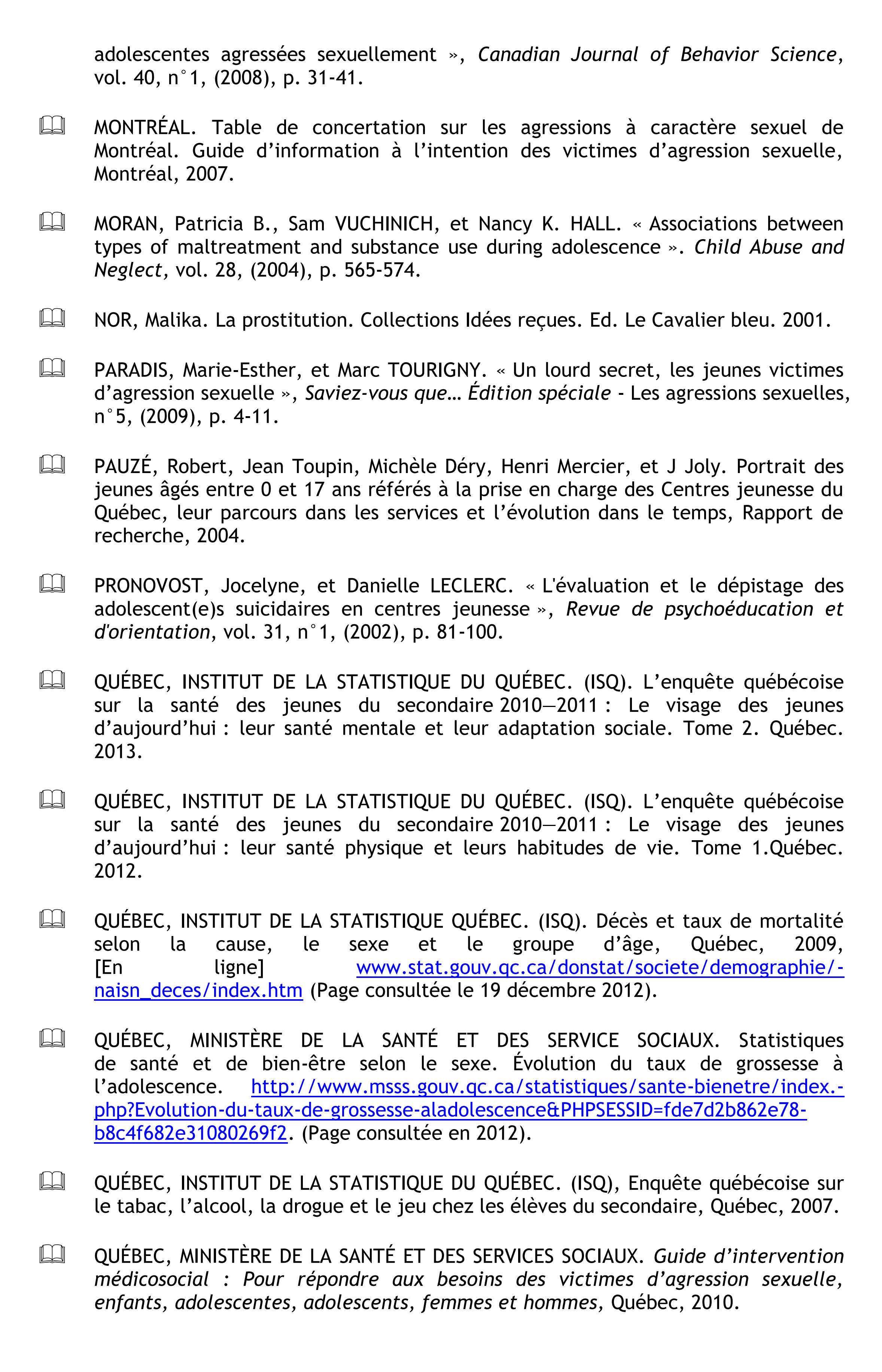
MANIGLIO, Roberto. « The Role of Child Sexual Abuse in the Etiology of Substance-Related Disorders. » *Journal of Addictive Diseases*, vol. 30, (2011), p. 216-228.

MARTIN, GRAHAM, HELEN A. BERGEN, ANGELA S. RICHARDSON, LEIGH ROEGER, STEPHEN ALLISON. « Sexual Abuse ans Suicidality : Gender Differences in a Large Community Sample of Adolescents », *Child Abuse & Neglect*, vol. 28, (2004), p. 491-503.

MASSE, Daniel. *Guide de soutien à la pratique en santé mentale pour les jeunes de 12 à 18 ans*, Montréal, Centre jeunesse Montréal — Institut Universitaire, 2010.

MEDICAL UNIVERSITY OF SOUTH CAROLINA,ALLEGHENY GENERAL HOSPITAL (Center for Traumatic Stress In Children and Adolescent), CARES (Children Abuse Research Education and Service) INSTITUTE et NCTSN (The National Child Stress Traumatic Network). Trauma-Focused Cognitive-Behavioral Therapy. http://tfcbt.musc.edu/. (page consultée en septembre 2012).

MONETTE, Marie-Claude, Marc TOURIGNY, et Isabelle DAIGNEAULT. « Facteurs associés aux problèmes de comportements intériorisés et extériorisés chez des



adolescentes agressées sexuellement », *Canadian Journal of Behavior Science*, vol. 40, n°1, (2008), p. 31-41.

MONTRÉAL. Table de concertation sur les agressions à caractère sexuel de Montréal. Guide d'information à l'intention des victimes d'agression sexuelle, Montréal, 2007.

MORAN, Patricia B., Sam VUCHINICH, et Nancy K. HALL. « Associations between types of maltreatment and substance use during adolescence ». *Child Abuse and Neglect*, vol. 28, (2004), p. 565-574.

NOR, Malika. La prostitution. Collections Idées reçues. Ed. Le Cavalier bleu. 2001.

PARADIS, Marie-Esther, et Marc TOURIGNY. « Un lourd secret, les jeunes victimes d'agression sexuelle », *Saviez-vous que… Édition spéciale* - Les agressions sexuelles, n°5, (2009), p. 4-11.

PAUZÉ, Robert, Jean Toupin, Michèle Déry, Henri Mercier, et J Joly. Portrait des jeunes âgés entre 0 et 17 ans référés à la prise en charge des Centres jeunesse du Québec, leur parcours dans les services et l'évolution dans le temps, Rapport de recherche, 2004.

PRONOVOST, Jocelyne, et Danielle LECLERC. « L'évaluation et le dépistage des adolescent(e)s suicidaires en centres jeunesse », *Revue de psychoéducation et d'orientation*, vol. 31, n°1, (2002), p. 81-100.

QUÉBEC, INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC. (ISQ). L'enquête québécoise sur la santé des jeunes du secondaire 2010—2011 : Le visage des jeunes d'aujourd'hui : leur santé mentale et leur adaptation sociale. Tome 2. Québec. 2013.

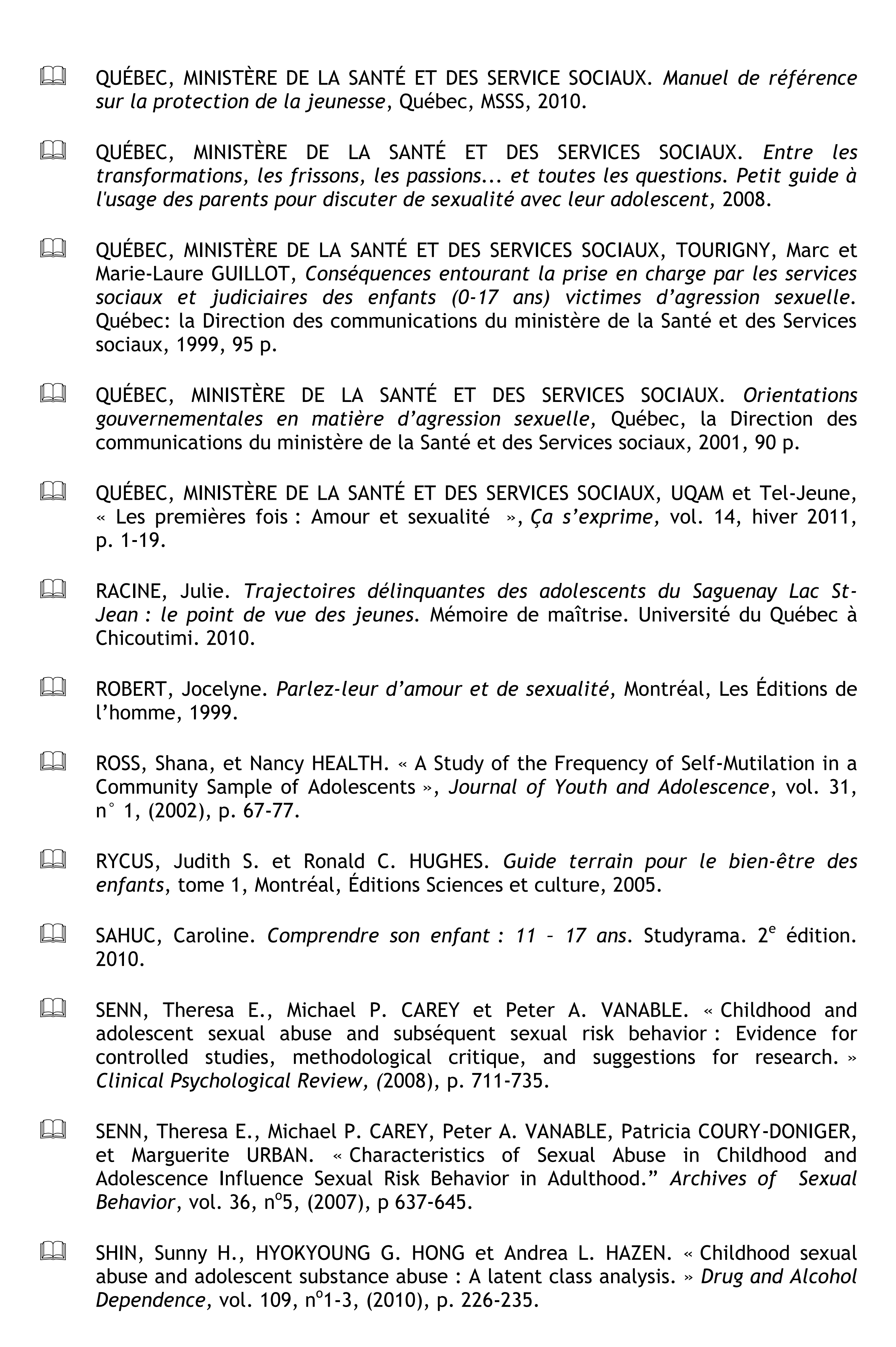
QUÉBEC, INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC. (ISQ). L'enquête québécoise sur la santé des jeunes du secondaire 2010—2011 : Le visage des jeunes d'aujourd'hui : leur santé physique et leurs habitudes de vie. Tome 1.Québec. 2012.

QUÉBEC, INSTITUT DE LA STATISTIQUE QUÉBEC. (ISQ). Décès et taux de mortalité selon la cause, le sexe et le groupe d'âge, Québec, 2009, [En ligne] www.stat.gouv.qc.ca/donstat/societe/demographie/-naisn_deces/index.htm (Page consultée le 19 décembre 2012).

QUÉBEC, MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICE SOCIAUX. Statistiques de santé et de bien-être selon le sexe. Évolution du taux de grossesse à l'adolescence. http://www.msss.gouv.qc.ca/statistiques/sante-bienetre/index.-php?Evolution-du-taux-de-grossesse-aladolescence&PHPSESSID=fde7d2b862e78-b8c4f682e31080269f2. (Page consultée en 2012).

QUÉBEC, INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC. (ISQ), Enquête québécoise sur le tabac, l'alcool, la drogue et le jeu chez les élèves du secondaire, Québec, 2007.

QUÉBEC, MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Guide d'intervention médicosocial : Pour répondre aux besoins des victimes d'agression sexuelle, enfants, adolescentes, adolescents, femmes et hommes*, Québec, 2010.



QUÉBEC, MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICE SOCIAUX. *Manuel de référence sur la protection de la jeunesse*, Québec, MSSS, 2010.

QUÉBEC, MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Entre les transformations, les frissons, les passions... et toutes les questions. Petit guide à l'usage des parents pour discuter de sexualité avec leur adolescent,* 2008.

QUÉBEC, MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, TOURIGNY, Marc et Marie-Laure GUILLOT, *Conséquences entourant la prise en charge par les services sociaux et judiciaires des enfants (0-17 ans) victimes d'agression sexuelle.* Québec: la Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux, 1999, 95 p.

QUÉBEC, MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Orientations gouvernementales en matière d'agression sexuelle,* Québec, la Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux, 2001, 90 p.

QUÉBEC, MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, UQAM et Tel-Jeune, « Les premières fois : Amour et sexualité », *Ça s'exprime,* vol. 14, hiver 2011, p. 1-19.

RACINE, Julie. *Trajectoires délinquantes des adolescents du Saguenay Lac St-Jean : le point de vue des jeunes.* Mémoire de maîtrise. Université du Québec à Chicoutimi. 2010.

ROBERT, Jocelyne. *Parlez-leur d'amour et de sexualité,* Montréal, Les Éditions de l'homme, 1999.

ROSS, Shana, et Nancy HEALTH. « A Study of the Frequency of Self-Mutilation in a Community Sample of Adolescents », *Journal of Youth and Adolescence*, vol. 31, n° 1, (2002), p. 67-77.

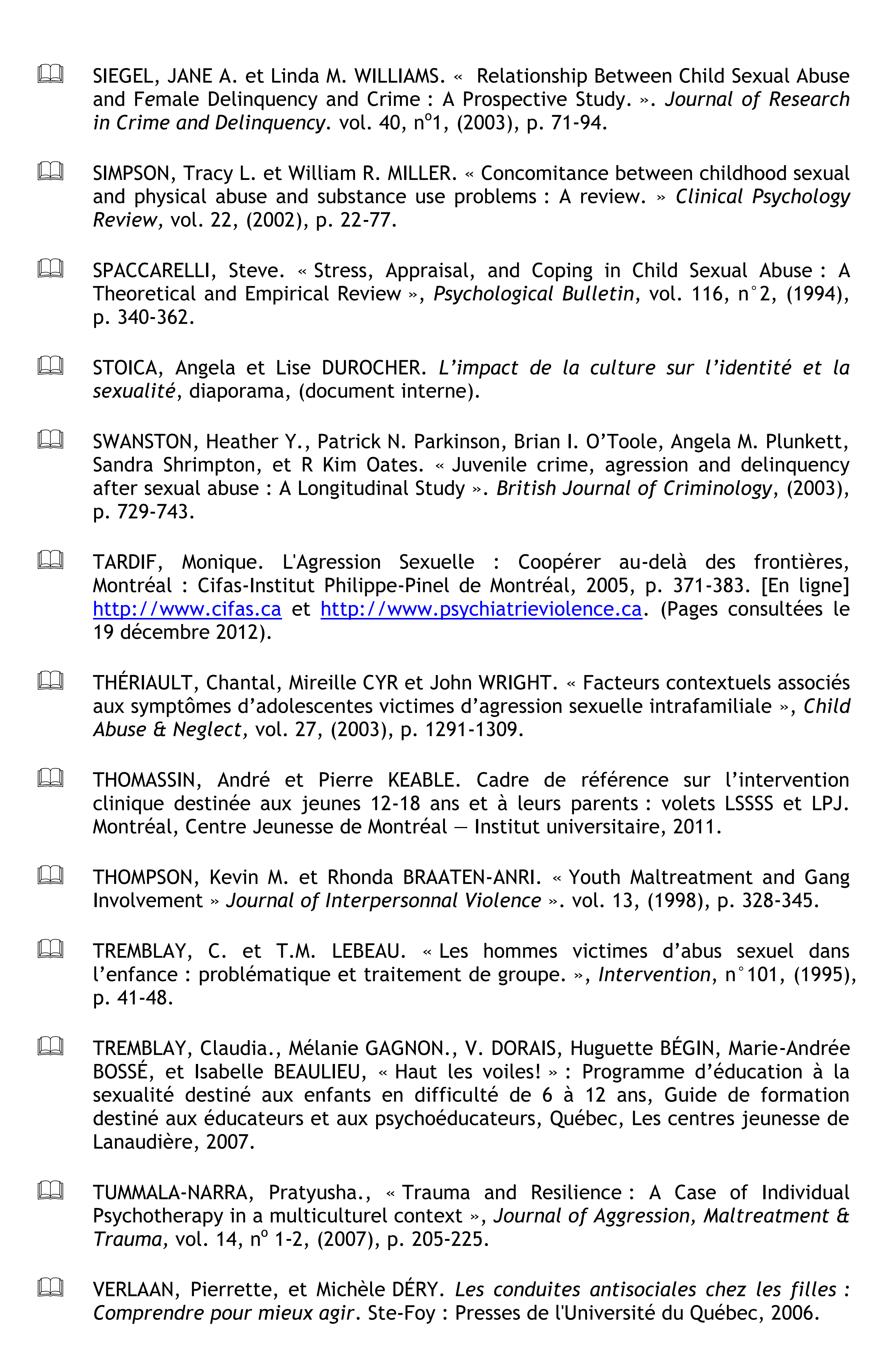
RYCUS, Judith S. et Ronald C. HUGHES. *Guide terrain pour le bien-être des enfants*, tome 1, Montréal, Éditions Sciences et culture, 2005.

SAHUC, Caroline. *Comprendre son enfant : 11 – 17 ans.* Studyrama. 2e édition. 2010.

SENN, Theresa E., Michael P. CAREY et Peter A. VANABLE. « Childhood and adolescent sexual abuse and subséquent sexual risk behavior : Evidence for controlled studies, methodological critique, and suggestions for research. » *Clinical Psychological Review, (*2008), p. 711-735.

SENN, Theresa E., Michael P. CAREY, Peter A. VANABLE, Patricia COURY-DONIGER, et Marguerite URBAN. « Characteristics of Sexual Abuse in Childhood and Adolescence Influence Sexual Risk Behavior in Adulthood." *Archives of Sexual Behavior*, vol. 36, n°5, (2007), p 637-645.

SHIN, Sunny H., HYOKYOUNG G. HONG et Andrea L. HAZEN. « Childhood sexual abuse and adolescent substance abuse : A latent class analysis. » *Drug and Alcohol Dependence,* vol. 109, n°1-3, (2010), p. 226-235.



SIEGEL, JANE A. et Linda M. WILLIAMS. « Relationship Between Child Sexual Abuse and Female Delinquency and Crime : A Prospective Study. ». *Journal of Research in Crime and Delinquency*. vol. 40, n°1, (2003), p. 71-94.

SIMPSON, Tracy L. et William R. MILLER. « Concomitance between childhood sexual and physical abuse and substance use problems : A review. » *Clinical Psychology Review,* vol. 22, (2002), p. 22-77.

SPACCARELLI, Steve. « Stress, Appraisal, and Coping in Child Sexual Abuse : A Theoretical and Empirical Review », *Psychological Bulletin*, vol. 116, n°2, (1994), p. 340-362.

STOICA, Angela et Lise DUROCHER. *L'impact de la culture sur l'identité et la sexualité*, diaporama, (document interne).

SWANSTON, Heather Y., Patrick N. Parkinson, Brian I. O'Toole, Angela M. Plunkett, Sandra Shrimpton, et R Kim Oates. « Juvenile crime, agression and delinquency after sexual abuse : A Longitudinal Study ». *British Journal of Criminology*, (2003), p. 729-743.

TARDIF, Monique. L'Agression Sexuelle : Coopérer au-delà des frontières, Montréal : Cifas-Institut Philippe-Pinel de Montréal, 2005, p. 371-383. [En ligne] http://www.cifas.ca et http://www.psychiatrieviolence.ca. (Pages consultées le 19 décembre 2012).

THÉRIAULT, Chantal, Mireille CYR et John WRIGHT. « Facteurs contextuels associés aux symptômes d'adolescentes victimes d'agression sexuelle intrafamiliale », *Child Abuse & Neglect,* vol. 27, (2003), p. 1291-1309.

THOMASSIN, André et Pierre KEABLE. Cadre de référence sur l'intervention clinique destinée aux jeunes 12-18 ans et à leurs parents : volets LSSSS et LPJ. Montréal, Centre Jeunesse de Montréal — Institut universitaire, 2011.

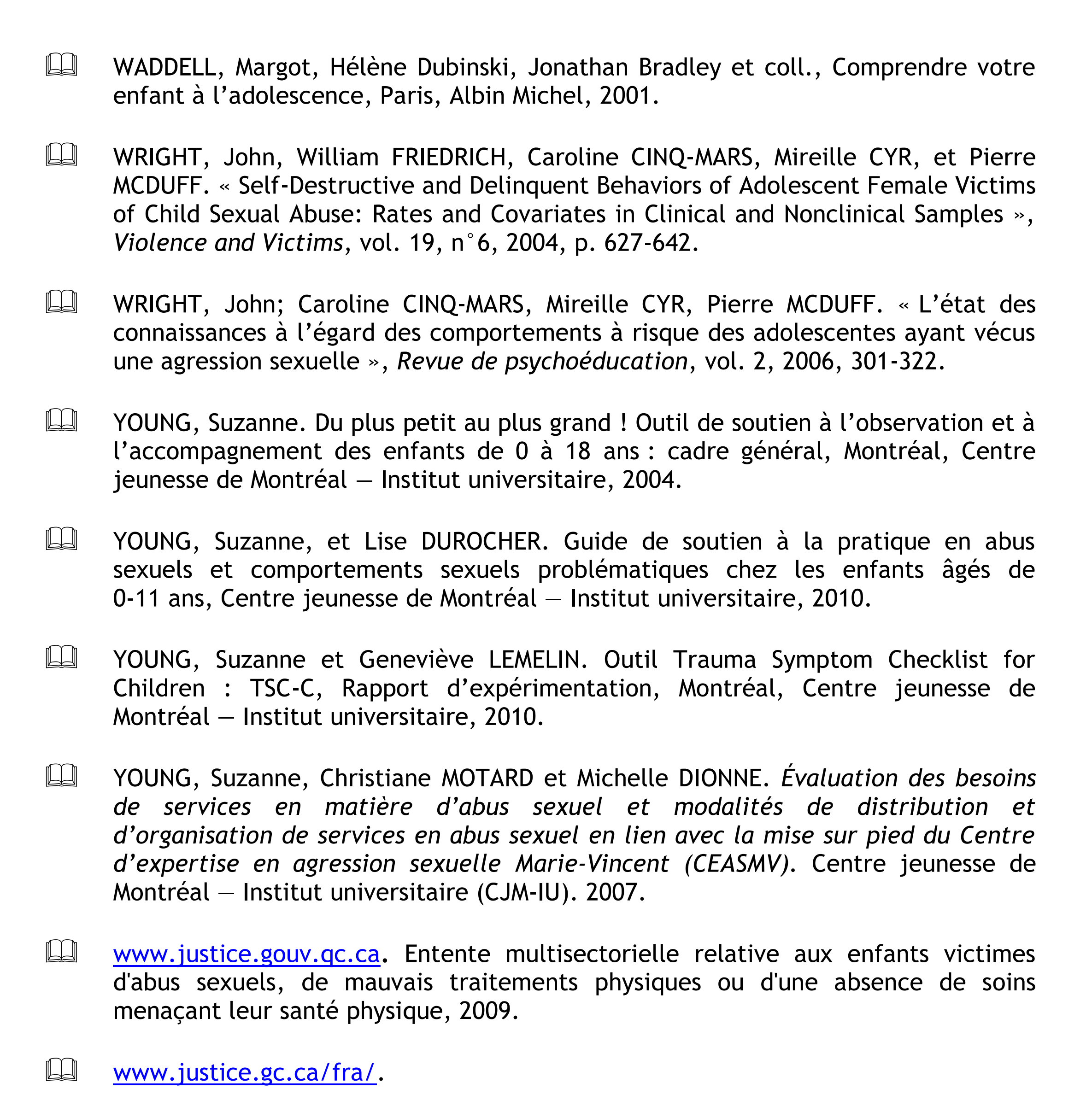
THOMPSON, Kevin M. et Rhonda BRAATEN-ANRI. « Youth Maltreatment and Gang Involvement » *Journal of Interpersonnal Violence* ». vol. 13, (1998), p. 328-345.

TREMBLAY, C. et T.M. LEBEAU. « Les hommes victimes d'abus sexuel dans l'enfance : problématique et traitement de groupe. », *Intervention*, n°101, (1995), p. 41-48.

TREMBLAY, Claudia., Mélanie GAGNON., V. DORAIS, Huguette BÉGIN, Marie-Andrée BOSSÉ, et Isabelle BEAULIEU, « Haut les voiles! » : Programme d'éducation à la sexualité destiné aux enfants en difficulté de 6 à 12 ans, Guide de formation destiné aux éducateurs et aux psychoéducateurs, Québec, Les centres jeunesse de Lanaudière, 2007.

TUMMALA-NARRA, Pratyusha., « Trauma and Resilience : A Case of Individual Psychotherapy in a multiculturel context », *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma,* vol. 14, n° 1-2, (2007), p. 205-225.

VERLAAN, Pierrette, et Michèle DÉRY. *Les conduites antisociales chez les filles : Comprendre pour mieux agir*. Ste-Foy : Presses de l'Université du Québec, 2006.



WADDELL, Margot, Hélène Dubinski, Jonathan Bradley et coll., Comprendre votre enfant à l'adolescence, Paris, Albin Michel, 2001.

WRIGHT, John, William FRIEDRICH, Caroline CINQ-MARS, Mireille CYR, et Pierre MCDUFF. « Self-Destructive and Delinquent Behaviors of Adolescent Female Victims of Child Sexual Abuse: Rates and Covariates in Clinical and Nonclinical Samples », *Violence and Victims*, vol. 19, n°6, 2004, p. 627-642.

WRIGHT, John; Caroline CINQ-MARS, Mireille CYR, Pierre MCDUFF. « L'état des connaissances à l'égard des comportements à risque des adolescentes ayant vécus une agression sexuelle », *Revue de psychoéducation*, vol. 2, 2006, 301-322.

YOUNG, Suzanne. Du plus petit au plus grand ! Outil de soutien à l'observation et à l'accompagnement des enfants de 0 à 18 ans : cadre général, Montréal, Centre jeunesse de Montréal – Institut universitaire, 2004.

YOUNG, Suzanne, et Lise DUROCHER. Guide de soutien à la pratique en abus sexuels et comportements sexuels problématiques chez les enfants âgés de 0-11 ans, Centre jeunesse de Montréal – Institut universitaire, 2010.

YOUNG, Suzanne et Geneviève LEMELIN. Outil Trauma Symptom Checklist for Children : TSC-C, Rapport d'expérimentation, Montréal, Centre jeunesse de Montréal – Institut universitaire, 2010.

YOUNG, Suzanne, Christiane MOTARD et Michelle DIONNE. *Évaluation des besoins de services en matière d'abus sexuel et modalités de distribution et d'organisation de services en abus sexuel en lien avec la mise sur pied du Centre d'expertise en agression sexuelle Marie-Vincent (CEASMV)*. Centre jeunesse de Montréal – Institut universitaire (CJM-IU). 2007.

www.justice.gouv.qc.ca. Entente multisectorielle relative aux enfants victimes d'abus sexuels, de mauvais traitements physiques ou d'une absence de soins menaçant leur santé physique, 2009.

www.justice.gc.ca/fra/.